

7^o - SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

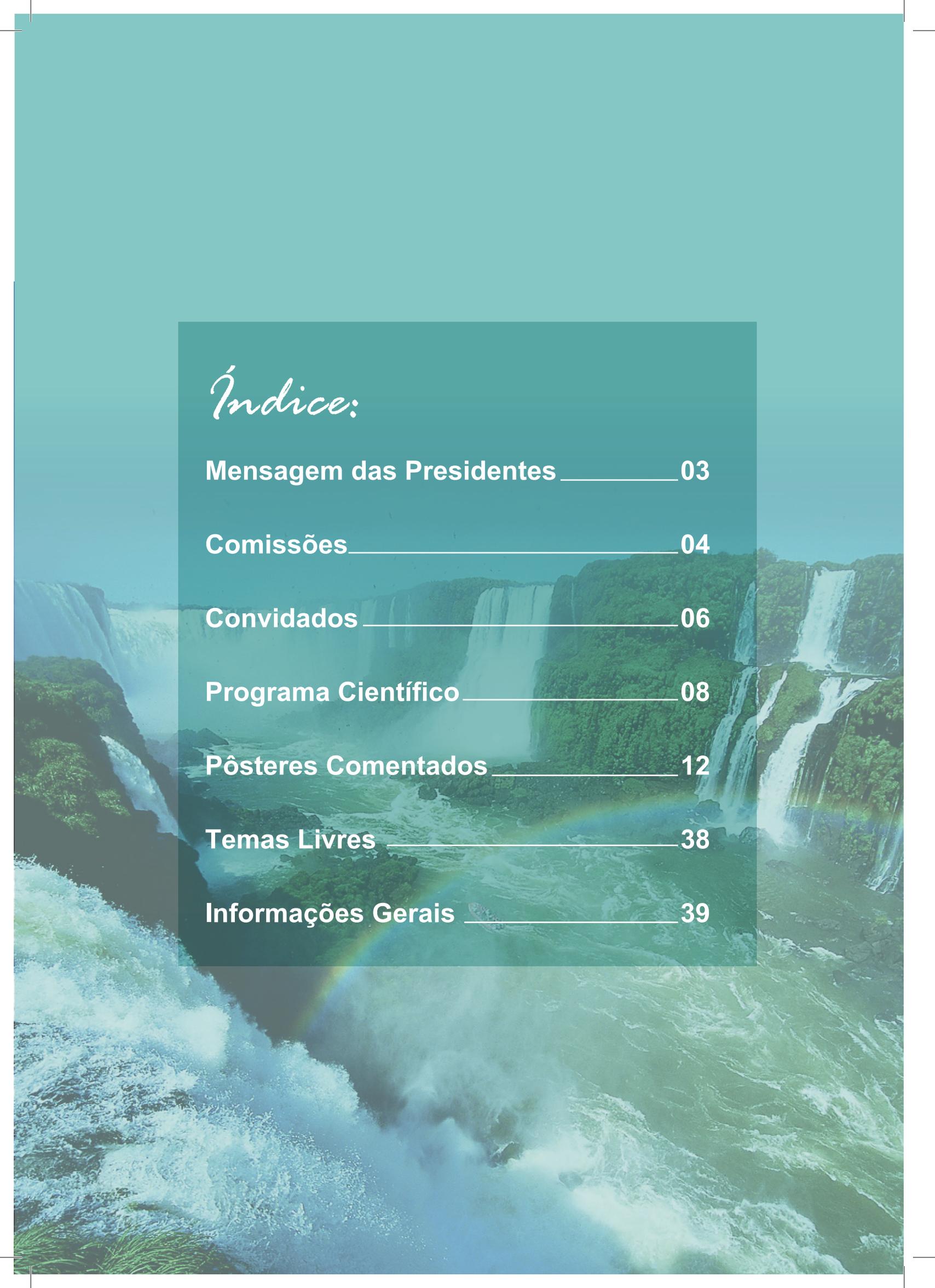
05 a 07
abril
2018



HOTEL BOURBON
FOZ DO IGUAÇU
PR - BRASIL

Programa Oficial e Anais

www.simposioreanimacao2018.com.br



Índice:

Mensagem das Presidentes _____ 03

Comissões _____ 04

Convidados _____ 06

Programa Científico _____ 08

Pôsteres Comentados _____ 12

Temas Livres _____ 38

Informações Gerais _____ 39

Mensagem da Presidente da SBP

Caros Colegas,

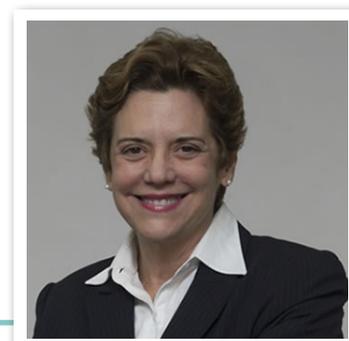
Com alegria, a Sociedade Brasileira de Pediatria os recebe para o Sétimo Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal em Foz do Iguaçu. O programa de atualização foi feito com esmero e deve ser aproveitado ao máximo. Os nossos recém-nascidos de norte ao sul merecem todo o especial cuidado durante sua chegada e sua reanimação!

Além disso as cataratas também precisam ser visitadas ou revisitadas pelos seus encantos e por se tratar de um dos lugares mais bonitos no nosso país.

Um abraço a todos

Dra. Luciana Rodrigues Silva

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



Mensagem da Presidente do Congresso

Prezados colegas,

É com muita honra e imensa alegria que venho, em nome da SBP e SPP, recebê-los para o 7º Simpósio de Reanimação Neonatal em Foz do Iguaçu.

Promover este Simpósio, aqui no Paraná, é a realização do sonho de receber e congregar pediatras dos mais variados cantos deste imenso Brasil, que trabalham diariamente no atendimento aos recém-nascidos em sala de parto e estarão aqui em busca de atualização a fim de contribuir com suas práticas diárias no árduo trabalho de diminuir a mortalidade neonatal no país.

É um privilégio sermos os profissionais escolhidos para o atendimento dos recém-nascidos em momento tão decisivo e sabemos que temos a imensa responsabilidade de aplicarmos condutas adequadas para que a vida se inicie da melhor maneira possível.

Este 7º Simpósio Internacional de Reanimação trará 3 convidados internacionais de grande importância na Reanimação neonatal mundial, Gary Weiner, Marya Strand e Stuart Hooper, além de convidados nacionais do Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

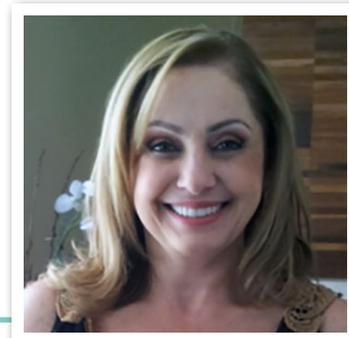
Reuniremos trabalhos, dos mais variados, sendo a primeira vez que teremos uma premiação do melhor tema livre em homenagem ao Dr Antônio Carlos Bagatin, neonatologista Paranaense que muito contribuiu para o Programa de Reanimação Neonatal nacional.

Meus agradecimentos aos colegas da Diretoria e à Comissão Organizadora que não mediram esforços para a realização deste evento, principalmente Dra Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg que coordenaram a programação científica para que fosse de excelência e aos nossos patrocinadores e expositores pela credibilidade demonstrada .

E, para finalizar, esperamos a todos de braços abertos em Foz do Iguaçu, uma cidade com muitos atrativos turísticos, como as Cataratas do Iguaçu, Parque das Aves, Parque de Itaipu e a tríplice fronteira onde se encontra Ciudad Del Este, no Paraguai, uma das principais zonas livres de impostos das Américas e Argentina, com seus bons restaurantes e shoppings.

Dra. Gislayne C. de Souza de Nieto

Presidente do 7º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal





COMISSÕES

Comissão Organizadora

Presidente da SBP

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Presidente da SPP

Kerstin Taniguchi Abage (PR)

Presidente do Congresso

Gislayne C. de Souza de Nieto (PR)

Presidente de Honra

Marcos Parolim Ceccatto (PR)

Diretoria de Cursos e Eventos da SBP

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Secretário Geral

Cristina Terumy Okamoto (PR)

1º Secretário

Sidnei Ferreira (RJ)

2º Secretário

Rosangela F. Interaminense Garbers (PR)

Diretor Financeiro da SBP

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Comissão Científica

Presidência

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

Vice-Presidência

Regina Paula Guimarães VC da Silva (PR)
Ligia Silvana Lopes Ferrari (PR)

Diretor de Cursos e Eventos da SBP

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Diretor dos Departamentos Científicos da SBP

Dirceu Solé (SP)

Membros:

Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)

José Dias Rego (RJ)

Leila Denise Cesário Pereira (SC)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Mandira Daripa Kawakami (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Marynéa Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Tatiana Ribeiro Maciel (BA)

Adriana Turin Mori (PR)

Jorge Alberto Venetikides (PR)

Maria Angélica R Pedroso Yamada (PR)

Maria Rafaela Conde Gonzalez (PR)

Marielle Calliari Monteiro (PR)

Origenes José Capellani dos Santos (PR)

Sérgio Ricardo Lopes de Oliveira (PR)

Comissão de Temas Livres

Presidência:

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)
Márcia Penido (MG)

Membros

Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)

João Cesar Lyra (SP)

José Henrique Silva Moura (PE)

José Roberto de Moraes Ramos (RJ)

Lêni Marcia Anchieta (MG)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Adriana Saito Jasper (PR)

Ana Lúcia Sarquis (PR)

Carlos Alberto Fernandes Baltar (PR)

Carlos Frederico Oldenburg Neto (PR)

Clarissa de Albuquerque Botura Amado (PR)

Fabiano Steil (PR)

Fernanda Pegoraro de Godoi Melo (PR)

Paulyne Stader Venzon (PR)



CONVIDADOS

Convidados Nacionais

- | | |
|--|--|
| Adriana Saito Jasper/PR | Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck/SP |
| Adriana Turin Mori/PR | Luis Eduardo Vaz Miranda/RJ |
| Ana Lúcia Sarquis/PR | Mandira Daripa Kawakami/SP |
| Carlos Alberto Fernandes Baltar/PR | Marcela Damásio Ribeiro de Castro/MG |
| Carlos Frederico Oldenburg Neto/PR | Márcia Penido/MG |
| Celso Moura Rebello/SP | Marcos Parolim Ceccatto/PR |
| Clarissa de Albuquerque Botura Amado/PR | Maria Albertina Santiago Rego/MG |
| Cristina Terumy Okamoto/PR | Maria Angélica R Pedroso Yamada/PR |
| Danielle Cintra Bezerra Brandão/PE | Maria Fernanda Branco de Almeida/SP |
| Fabiano Steil/PR | Maria Rafaela Conde Gonzalez/PR |
| Fernanda Pegoraro de Godoi Melo/PR | Marielle Calliari Monteiro/PR |
| Gislayne C. de Souza de Nieto/PR | Marynéa Silva do Vale/MA |
| Jamil Pedro de Siqueira Caldas/SP | Milton Harumi Miyoshi/SP |
| João Cesar Lyra/SP | Orígenes José Capellani dos Santos/PR |
| Jorge Alberto Venetikides/PR | Paulo de Jesus Hartmann Nader/RS |
| José Dias Rego/RJ | Paulyne Stader Venzon/PR |
| José Henrique Silva Moura/PE | Regina Paula Guimarães VC da Silva/PR |
| José Maria de Andrade Lopes/RJ | Renato Soibelman Procianoy/RS |
| José Roberto de Moraes Ramos/RJ | Rosângela F. Interaminense Garbers/PR |
| Leila Denise Cesário Pereira/SC | Rossiclei de Souza Pinheiro/AM |
| Lêni Marcia Anchieta/MG | Ruth Guinsburg/SP |
| Lícia Maria Oliveira Moreira/BA | Sérgio Ricardo Lopes de Oliveira/PR |
| Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo/SP | Sérgio Tadeu Martins Marba/SP |
| Ligia Silvana Lopes Ferrari/PR | Tatiana Ribeiro Maciel/BA |

Convidados Internacionais



GARY WEINER, MD

Ann Harbor, Michigan, EUA

- Diretor do Neonatal-Perinatal Medicine Fellowship Training Program da Universidade de Michigan
- Membro do Comitê do Programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria
- Membro da Força Tarefa Neonatal do Comitê Internacional de Reanimação ILCOR
- Editor do Textbook of Neonatal Resuscitation do Programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria



MARYA L. STRAND, MD.

Saint Louis, Missouri, EUA

- Diretora do Neonatal-Perinatal Fellowship Program da Divisão do Neonatal-Perinatal Medicine da Universidade de Saint Louis
- Membro do Comitê do Programa de Reanimação Neonatal da Academia Americana de Pediatria
- Membro da Força Tarefa Neonatal do Comitê Internacional de Reanimação ILCOR



STUART HOOPER

Clayton, Victoria, Australia

- Diretor do Ritchie Centre do Hudson Institute for Medical Research da Monash University
- Presidente da Sociedade de Perinatologia da Austrália e Nova Zelândia

PROGRAMA CIENTÍFICO

Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

Coordenação:

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

Membros:

Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)
Gislayne C. de Souza de Nieto (PR)
Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)
João Cesar Lyra (SP)
José Dias Rego (RJ)
José Henrique Silva Moura (PE)
José Roberto de Moraes Ramos (RJ)
Leila Denise Cesário Pereira (SC)
Lêni Marcia Anchieta (MG)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Mandira Daripa Kawakami (SP)
Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)
Márcia Gomes Penido Machado (MG)
Marynéa Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Tatiana Ribeiro Maciel (BA)





Programa Científico

05 de abril de 2018 - Quinta-feira

08h45

Abertura

LUCIANA RODRIGUES SILVA (BA) – *Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria*

REGINA GUIMARÃES V. C. DA SILVA (PR) – *Sociedade Paranaense de Pediatria*

GISLAYNE C. E SOUZA DE NIETO (PR) – *Presidente do Simpósio*

MARCOS PAROLIM CECCATTO (PR) – *Presidente de Honra do Simpósio*

LILIAN DOS SANTOS R. SADECK (SP) – *Diretora de Cursos e Eventos da SBP*

MARIA FERNANDA B. DE ALMEIDA (SP) e RUTH GUINSBURG (SP) – *Coordenadoras do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria*

Entrega do prêmio “Dr. Antonio Carlos Bagatin” ao melhor tema livre.

09h15 - 10h15

O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO BRASIL

Coordenadores: Luis Eduardo Miranda e Marcos Ceccatto

Conferencistas: Maria Fernanda de Almeida e Ruth Guinsburg

10h15 - 10h45

Intervalo

10h45 - 11h30

A TRANSIÇÃO AO NASCER: TRANSLAÇÃO DA FISILOGIA À CLÍNICA

Coordenadoras: Lígia Rugolo e Lígia Ferrari

Conferencista: STUART HOOPER (Austrália)

11h30 - 12h00

Perguntas

12h00 - 14h00

Intervalo

14h00 - 14h45

DIA-A-DIA NA SALA DE PARTO: PREPARANDO O AMBIENTE E A EQUIPE PARA A REANIMAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Coordenadoras: Gislayne de Nieto e Lilian Sadeck

Conferencista: GARY WEINER (EUA)

14h45 - 15h15

Perguntas

15h15 - 16h00

MONITORES NA REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO: ELES AJUDAM?

Coordenadoras: Danielle Brandão e Márcia Penido

Conferencista: MARYA STRAND (EUA)

16h00 - 16h30

Perguntas

16h30 - 17h00

Intervalo

17h00 - 18h00

Colóquio: ESTRATÉGIAS PARA MANTER A NORMOTERMIA DO NASCIMENTO À ADMISSÃO NO ALOJAMENTO CONJUNTO OU NA UNIDADE NEONATAL

Coordenadores: Renato Procianoy e Regina Paula da Silva

Participantes: Lêni Anchieta, Marynéa do Vale e Sérgio Marba



08h00 - 08h45

CLAMPEAMENTO TARDIO DE CORDÃO E TRANSFUÇÃO PLACENTÁRIA: QUAIS AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS?

Coordenadoras: Maria Albertina Rego e Rosangela Garbers

Conferencista: STUART HOOPER (Austrália)

08h45 - 09h10

Perguntas

09h10 - 09h55

PASSOS INICIAIS E ESTÍMULO TÁTIL NA REANIMAÇÃO NEONATAL: O QUE MUDOU?

Coordenadores: José Dias Rego e Jamil Caldas

Conferencista: GARY WEINER (EUA)

09h55 - 10h20

Perguntas

10h20 - 10h50

Intervalo

10h50 - 11h35

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS PARA OTIMIZAR O TRABALHO EM EQUIPE NA REANIMAÇÃO NEONATAL

Coordenadoras: Lícia e Moreira Marcela de Castro

Conferencista: MARYA STRAND (EUA)

11h35 - 12h00

Perguntas

12h00 - 13h00

SIMPÓSIO ABBVIE

Terapia com surfactante na era de suporte respiratório não invasivo

Palestrante: MILTON HARUMI MIYOSHI (SP)

13h00 - 14h00

PÔSTERES COMENTADOS

Comentadores: Adriana Jasper, Adriana Mori, Ana Lúcia Sarquis, Carlos Baltar, Carlos Oldenburg Neto, Celso Rebello, Clarissa Amado, Danielle Brandão, Fabiano Steil, Fernanda Melo, Jamil Caldas, João Lyra, Jorge Venetkides, José Dias Rego, José Henrique Moura, José Roberto Ramos, Leila Pereira, Lêni Anchieta, Lícia Moreira, Lígia Rugolo, Lilian Sadeck, Luis Eduardo Miranda, M Albertina Rego, M Angélica Yamada, M Fernanda Almeida, Mandira Kawakami, Marcela Castro, Márcia Penido, M Rafaela Gonzalez, Marielle Monteiro, Marynéa Vale, Orígenes Santos, Paulo Nader, Regina Silva, Renato Procianoy, Rossiclei Pinheiro, Ruth Guinsburg, Sérgio Oliveira e Tatiana Maciel.

14h00 - 14h45

OTIMIZANDO A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NA SALA DE PARTO

Coordenadores: José Roberto Ramos e Adriana Jasper

Conferencista: STUART HOOPER (Austrália)

14h45 - 15h00

Perguntas

15h00 - 15h45

COMO MELHORAR A HABILIDADE DE VENTILAR O RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO

Coordenadores: Paulo Nader e Fernanda Melo

Conferencista: GARY WEINER (EUA)

15h45 - 16h00

Perguntas

16h00 - 16h30

Intervalo

16h30 - 17h30

Colóquio: ESTRATÉGIAS PARA O SUPORTE RESPIRATÓRIO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO AO NASCER

Coordenadores: José Maria Lopes e João Cesar Lyra

Participantes: Celso Rebello, José Henrique Moura e Milton Miyoshi

17h30 - 18h30

REUNIÃO DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

Coordenadoras: Maria Fernanda de Almeida e Ruth Guinsburg



Programa Científico
07 de abril de 2018 - Sábado

09h00 - 09h45

QUAL O PAPEL DO OXIGÊNIO NA TRANSIÇÃO FISIOLÓGICA AO NASCER?

Coordenadoras: Leila Pereira e Cristina Okamoto

Conferencista: STUART HOOPER (Austrália)

09h45 - 10h15

Perguntas

10h15 - 10h45

Intervalo

10h45 - 11h30

MASSAGEM CARDÍACA NO RECÉM-NASCIDO: O QUE SABEMOS E O QUE NÃO SABEMOS

Coordenadoras: Rossiclei Pinheiro e Adriana Mori

Conferencista: MARYA STRAND (EUA)

11h30 - 12h00

Perguntas

12h00

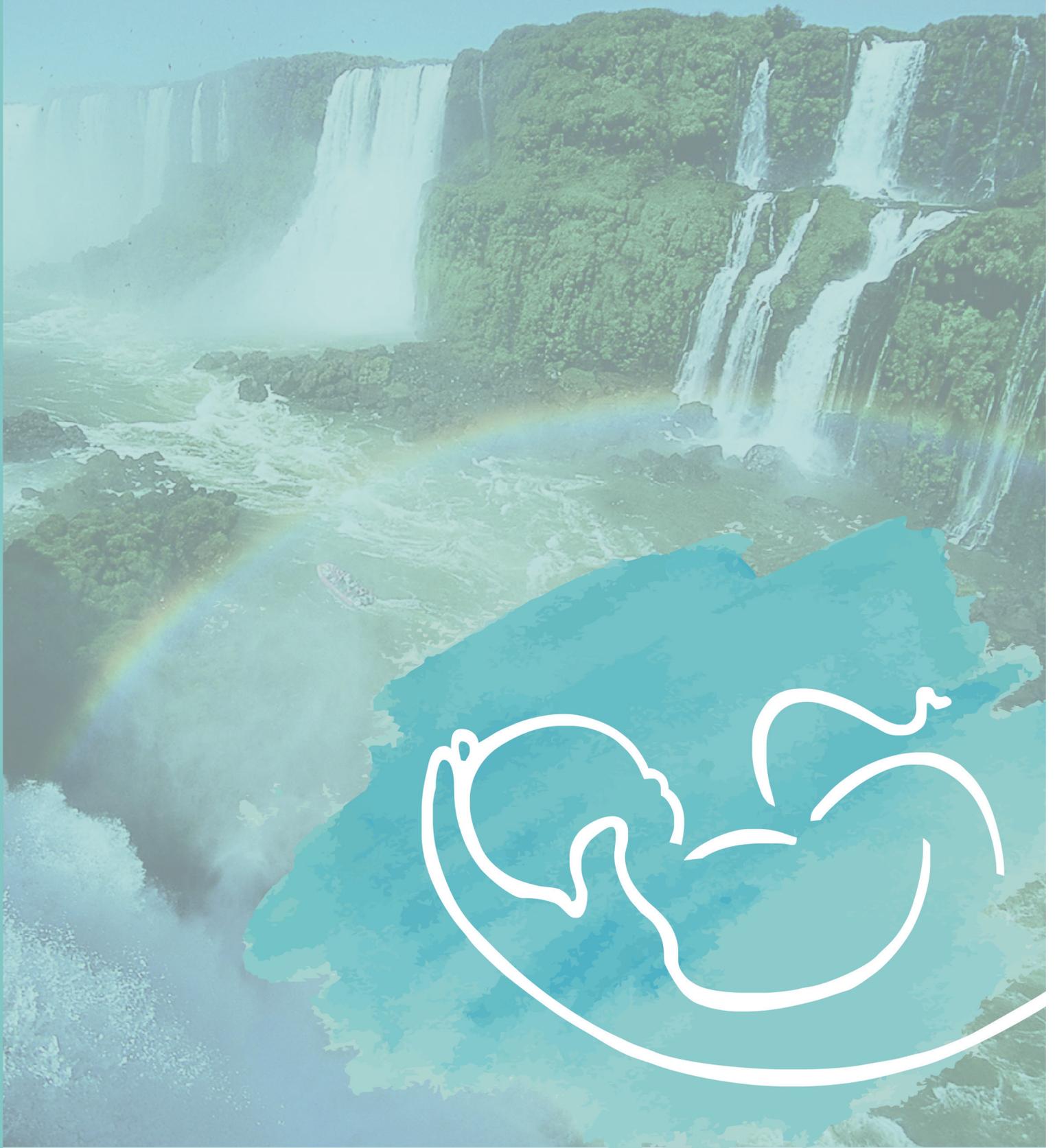
Encerramento



EVENTO NÚMERO:124811

Especialidade:	
PEDIATRIA	8 pontos
Áreas de atuação:	
NEONATOLOGIA	10 pontos
MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA	8 pontos

PÔSTERES COMENTADOS





Pôsteres Comentados

RESUMOS

PC-001 - Comentador: Adriana Saito Jasper

APGAR 3 COMO PREDITOR DE MORTE NEONATAL; Estado: AM

SAMARAH PAULA NASCENTE JORCELINO VALENTE (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); NAIRA CHAVES DE MELO GIOIA FONSECA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); CAMILA INHAMUNS CORRÊA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); BRIZA CLAUDIAMARA REGO ROCHA (SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA); JEFFERSON PEREIRA GUILHERME (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS)

Introdução: A mortalidade neonatal está relacionada a variáveis diversas. A asfixia perinatal também se relaciona à mortalidade. Durante muito tempo, a pontuação de 0-3 no 1º minuto de vida determinava as manobras de reanimação neonatal. Novos conhecimentos modificaram esse conceito e o escore do Apgar no 1º minuto parece ainda ter importância na predição de morbidade e mortalidade. **Objetivos e Métodos:** Estudo observacional, transversal, retrospectivo e analítico, cujo objetivo foi associar o escore de Apgar 3 ao maior risco de morte neonatal. Foram analisados os dados de 4113 recém-nascidos de uma maternidade de referência para alto risco, no ano de 2015. O projeto foi autorizado pelo CEP local. O livro de registro de nascidos vivos e as declarações de óbito correspondentes foram utilizados para gerar um banco de dados no EXCEL 2016. Utilizou o BioEstat 5.3 para cálculo de IC 95 e qui-quadrado Corrigido por Yates para o cálculo de valor de p. **Resultados:** Dos 4113 RNs, 15 (0,4) morreram com Apgar entre 8 a 10, o grupo de referência do estudo. Dos bebês que tiveram Apgar entre 0 e 3, 11 bebês vieram a óbito de 17 (64,7), que gerou uma RP: 167,2 (IC 95: 90,39;309,3) e p 0,0001. **Conclusão:** Apesar de não predizer o início da reanimação, o escore de Apgar deve ser valorizado como uma ferramenta importante na avaliação do risco de morbimortalidade neonatal.

PC-002 - Comentador: Adriana Saito Jasper

O FATOR DE RISCO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL - IDADE GESTACIONAL 39 SEMANAS ESTÁ ASSOCIADO À MAIOR FREQUÊNCIA DE ÓBITOS NEONATAIS?; Estado: AM

NAIRA CHAVES DE MELO GIOIA FONSECA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); SAMARAH PAULA NASCENTE JORCELINO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); CAMILA INHAMUNS CORRÊA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); BRIZA CLAUDIAMARA REGO ROCHA (SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA); JEFFERSON PEREIRA GUILHERME (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS)

Introdução: A necessidade de reanimação neonatal é inversamente proporcional à idade gestacional (IG). IG 39s é fator de risco antenatal para necessidade de reanimação ao nascer. Hipotetizou-se que este grupo, além de maior frequência de reanimação, apresenta maior taxa de mortalidade neonatal quando comparado aos RNT (recém-nascidos à termo) com IG8805;39 semanas. **Objetivos e Métodos:** Estudo observacional, transversal, retrospectivo e analítico, cujo objetivo foi comparar a mortalidade neonatal dos RNT precoce com a dos RNT propriamente ditos. Foram analisados dados de 4113 recém-nascidos de uma maternidade de referência para alto risco, no ano de 2015. Destes, 3.706 nasceram com IG 8805; 37s. Utilizou-se a classificação da Academia Americana de Ginecologia e Obstetrícia que considera RNT os nascidos com IG 8805; 37s. RNT precoce, os nascidos com IG entre 37 e 38+6d. RNT propriamente dito, os nascidos com IG entre 39 e 40+6d. Projeto autorizado pelo CEP local. O livro de registro de nascidos vivos e as declarações de óbito correspondentes foram utilizados para gerar um banco de dados no EXCEL 2016. Utilizou-se o software Bioestat 5.3 para o cálculo da prevalência dos óbitos, da razão de prevalências (RP) e do Teste do qui-quadrado corrigido por Yates, utilizado para calcular o valor do p. **Resultados:** Dos 3.706 RNT, 17,5 eram RNT precoce. A prevalência de óbitos dos RNT propriamente ditos foi de 0,2 e a dos RNT precoce foi de 0,92. Os RNT precoce apresentaram risco 4,7 vezes (p 0,0125), [RP: 4,74 (IC 95: 1.44;15.58)] maior de óbito em relação aos RNT propriamente ditos. **Conclusão:** Os RNT constituem um grupo heterogêneo, com diferença significativa na prevalência de mortalidade quando comparados entre si. Portanto, os RNT precoce devem ser vistos como grupo vulnerável tanto para necessidade de reanimação, quanto para maior frequência de óbitos neonatais.

PC-003 - Comentador: Adriana Turin Mori

NEONATOS A TERMO REANIMADOS EM SALA DE PARTO: PERFIL DE UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA; Estado: BA

NATÁLIA MARTINS DE ARAÚJO (ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA); TATIANA RIBEIRO MACIEL (UNEB - UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA); NATÁLIA SANTOS REIS ITAÍÁ (ESCOLA BAIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA); ANA LUISA VILAS BOAS (UNEB - UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA)

INTRODUÇÃO: A reanimação neonatal é realizada em um a cada dez nascidos vivos. A sua ocorrência tem correlação com a Idade Gestacional (IG), e é peculiar em neonatos a termo, tornando necessário o estudo do seu perfil. **OBJETIVOS:** Conhecer o perfil clínico, materno e de parto, de recém-nascidos (RN) submetidos a procedimentos de reanimação em sala de parto, nascidos a termo em uma maternidade de referência. **MÉTODOS:** Estudo observacional, de corte transversal, analítico. Os dados foram coletados, nos registros de sala de parto de RNs reanimados no primeiro semestre de 2016, em uma maternidade de referência de Salvador. **RESULTADOS:** Foram analisados 3.344 prontuários, em 872 recém-nascidos (26,07) alguma manobra de reanimação foi necessária. Destes, 555 (62,9) nasceram a termo. Registrou-se que 265 (47,7) eram do sexo feminino e 285 (51,4) eram do sexo masculino. Além disso, 6,7 tiveram peso 2.500g. Observou-se que 47,7 dos neonatos nasceram com respiração superficial, gasping ou apneia, 31,5 tiveram bradicardia (FC100bpm) e 50,8 hipotonia, consideradas como condições ruins ao nascimento. Quanto à reanimação, tiveram destaque as manobras iniciais: 64,1 necessitaram de berço aquecido com calor radiante e 94,1 de aspiração de vias aéreas; concomitantemente, em 23,4 dos casos foi necessária a oxigenação suplementar. **Dados maternos:** a média de idade foi 26,97 (±7,07) anos, muitas primigestas (40,7). A média de consultas pré-natal foi de 6,61 (±2,75); quantos aos partos, houve 284 (51,2) vaginais e 261 (47,0) cesáreos. **CONCLUSÃO:** Houve uma alta taxa de necessidade de reanimação neonatal, resultados que diferem da literatura, provavelmente por se tratar de uma instituição de referência que atende gestantes de alto risco, ainda que sejam RNs a termo, enfatizando a necessidade de atividades preventivas neste grupo de pacientes. Outros estudos são necessários, para que se aprofunde mais o conhecimento sobre o perfil desses neonatos.

PC-004 - Comentador: Adriana Turin Mori

MONITORIZAÇÃO DA TEMPERATURA DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉTERMOS MENORES DE 34 SEMANAS EM SALA DE PARTO EM HOSPITAL ESCOLA; Estado: SP

MARINA VANZELA LANIA TELES (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO); GABRIELLA MASET DA SILVA FARIA (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO); MARCIALI GONÇALVES FONSECA DA SILVA (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO); MARIA CARMEN LUNARDI MONTEIRO DE CARVALHO (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO); LILIAN BEANI (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO); MARIA CRISTINA PASSOS FLEURY (HCM SAO JOSE DO RIO PRETO)

Introdução: os recém-nascidos(RN),principalmente os pretermos(Rnpt),apresentam um controle térmico imaturo,necessitando de um controle ambiental rigoroso para mantermos um ambiente termoneuro,além de terem menor capacidade de regulação na produção e perda de calor.Objetivo: avaliar a temperatura dos Rnpt que nascem no Hospital Escola durante a reanimação/estabilização em sala de parto e transporte para as Unidades Neonatais.Métodos:coleta de dados no período de outubro a dezembro de 2017 de todos os Rn menores de 34 semanas nascidos no Hospital Escola.Foram aferidas as temperaturas das mães com até 15 minutos antes do nascimento e sala de parto,da sala de reanimação(os Rn são estabilizados em sala próxima a do nascimento),do Rn com 5 minutos de vida e do Rn na admissão em Unidades Neonatais(UTI e UCI).Consideramos hipotermia a temperatura axilar,medida com termômetro digital,inferior a 36,5°C e o transporte era feito em berço aquecido desligado com Rn envolto em papel filme.Foram excluídos Rn com mal formações congênitas.Resultados: foram inclusos 32 pacientes com idade gestacional mínima de 23 semanas e máxima de 33 6/7semanas. O peso mínimo foi de 580g e o máximo de 2300g.De todos os nascimentos,71,8 dos Rn estavam hipotérmicos com 5 minutos de vida e 68,7 das mães estavam hipotérmicas antes dos nascimento,sendo que apenas 15 das temperaturas de sala de parto estavam abaixo de 23°C e nenhuma sala de reanimação estava com temperatura inadequada.Quando transferidos para as Unidades neonatais,46,8 dos Rn perderam temperatura durante o transporte e 62,5 deles foram admitidos hipotérmicos.A incidência de hipotermia foi maior quanto menor a idade gestacional,ocorrendo em 100 dos Rn até 25 semanas.Conclusão: a incidência de hipotermia em Rnpt em nosso serviço encontra-se acima da incidência nacional obtida pela Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, que é de 47 no 5º minuto de vida e de 51 na admissão em UTI neonatal.Notamos necessidade da instituição de protocolo específico para controle de temperatura dos Rn em sala de parto, visando controle da temperatura materna e transporte adequado dos mesmos as Unidades.

PC-005 - Comentador: Adriana Turin Mori

USO DE OXIGÊNIO SUPLEMENTAR NA REANIMAÇÃO NEONATAL DE PREMATUROS EM UMA MATERNIDADE DE REFERENCIA; Estado: AM

LORENA PRAIA DE SOUZA BEZERRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS); ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS); TAINAH BEZERRA PINHEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS); LÁZARA GABRIELA OLIVEIRA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS); VALÉRIA PRISCILA NEVES DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS)

A toxicidade do oxigênio em recém-nascidos e prematuros vem sendo discutida há décadas, sendo ressaltado que o oxigênio é essencial para a vida celular, porém quando usado em excesso (concentrações > 60) e por um período prolongado (15 dias) pode levar a más adaptações; podendo contribuir para o desenvolvimento de doença pulmonar crônica e retinopatia da prematuridade. O trabalho possui objetivo de analisar o uso de oxigênio suplementar em recém-nascidos pré-termos na reanimação neonatal na sala de parto. Além disso, tem-se como objetivo específico o estudo da prevalência de reanimação em partos prematuros no período estudado e avaliação do tipo de reanimação neonatal e o uso de oxigênio suplementar em prematuros menores que 34 semanas. Foi realizado um estudo documental retrospectivo observacional, transversal, descritivo e exploratório em uma maternidade de referência, no período de julho de 2016 a julho de 2017, a partir do levantamento dos prontuários dos RNs assistidos nas unidades neonatais da referida maternidade. A amostra foi aleatória e excluiu RNs síndromicos e com malformação congênita. No período estudado foram 4200 recém-nascidos vivos com 70 prematuros 34 semanas (1,7), 27 prematuros (38,6) necessitaram de ventilação com pressão positiva. De 34 prematuros 32 semanas (48,6), 11 foram submetidos a reanimação com oxigênio suplementar (32,3) e 23 (67,6) foram ventilados com ar ambiente. De 36 prematuros entre 32 e 34 semanas, 9 necessitaram de reanimação (25), sendo 7 com oxigênio suplementar (77,7), 3 com ar ambiente (33,4). O estudo concluiu que o uso de ar ambiente para iniciar a reanimação é possível e deve ser estimulado o uso racional de oxigênio suplementar. Ressalta-se que estes resultados devem ser interpretados com cautela devido ao pequeno tamanho amostral do estudo.

PC-006 - Comentador: Ana Lucia Sarquis

VIABILIDADE DOS RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO EXTREMO EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO ANO DE 2015; Estado: GO

MARIA BÁRBARA FRANCO GOMES (HMDI); SILVIA BORGES FARIA (HMDI); REJANE BORGES DE ALBUQUERQUE (HMDI); PATRICIA EVANGELISTA (HMDI); MARGARETH ROCHA P GIGLIO (HMI)

Introdução: Os avanços da perinatologia nas últimas décadas tornou possível a sobrevivência de recém nascidos (RN) cada vez mais prematuros. e a idade gestacional de sobrevivência média dos neonatos modificou de 30 a 31 semanas, na década de 60, para 23 a 24 semanas nos últimos 20 anos. Objetivo: Avaliar a viabilidade dos recém nascidos prematuros extremos em uma unidade hospitalar. Metodologia: Estudo observacional longitudinal retrospectivo e quantitativo, feito com análise dos prontuários de recém-nascidos com IG menor que 32 semanas, nascidos entre janeiro a dezembro de 2015. Resultados/discussão: Foram analisados prontuários de 65 recém-nascidos com idade gestacional menor que 32 semanas e 61 gestantes, sendo 4 com gestação gemelar. Com idade materna média de 26,4 anos, com média de 3,5 consultas por mãe que realizou pré-natal e o corticoide antenatal foi realizado em 46 pacientes (75,40). Amniorrexe prematura em 23 pacientes (37,70). A via de parto preferencial foi vaginal em 37 gestantes (60,65) contra 24 cesarianas (39,34).A idade gestacional média de sobreviva foi de 28 sem e 4 dias, com peso médio de 1070 gramas, 8 foram classificados com pequenos para idade gestacional (12,30) quando analisado pelo gráfico de Lubchenco.O APGAR de quinto minuto foi superior a 7 em 46 (70,76), entre 5 e 7 em 10 neonatos (15,38) e menor que 5 em 9 RN (13,8). O risco de óbito foi 6 (p=0,03) e 3 (p=0,01) vezes maior quando o Apgar de 1 minuto e 5 minutos foram menores que 5, respectivamente A média geral de dias de hospitalização foi de 39,13 dias. Conclusão: O limite de viabilidade neonatal encontrado foi de 28 semanas. O apgar menor que 5 no primeiro e quinto minutos contribuíram para óbito neonatal sugerindo que uma assistência adequada com profissionais treinados podem impactar na mortalidade de prematuros extremos

PC-007 - Comentador: Ana Lucia Sarquis

HERNIA DIAFRAGMÁTICA: PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO; Estado: ES

CONSUELO MCF JUNQUEIRA (VILA VELHA HOSPITAL/EMESCAM); BIANCA RGF CARDOSO (VILA VELHA HOSPITAL/EMESCAM); MIRIAM VG FERNANDES (VILA VELHA HOSPITAL/EMESCAM); JOVANNA CC ANECHINI (VILA VELHA HOSPITAL/EMESCAM); ADRIANA A DIAS (VILA VELHA HOSPITAL); ANDREA LAST PEREIRA (VILA VELHA HOSPITAL/EMESCAM)

INTRODUÇÃO: A reanimação neonatal em pacientes portadores de Hérnia Diafragmática Congênita possui características peculiares que devem ser seguidas. A presença de órgãos abdominais no tórax, especialmente a câmara gástrica, pode levar à compressão pulmonar e desvio do mediastino pela distensão desses órgãos promovida pela ventilação com pressão positiva com balão e máscara, agravando a condição clínica, já crítica, devido a graus variados de hipoplasia pulmonar. **MÉTODOS:** Descrição de caso clínico de recém-nascido sem diagnóstico pré-natal de malformação congênita e que necessitou de reanimação neonatal. **RESULTADOS:** RN a termo com idade gestacional de 41 semanas e 1 dia, nascido de parto cesariana por pós datismo, pré-natal sem intercorrências e ultrassom morfológico com 23 semanas normal. Bolsa rota no ato com líquido amniótico claro. RN apresentou logo após o nascimento respiração irregular, bradicardia e palidez cutânea, sem melhora após os passos iniciais da reanimação neonatal. Indicado ventilação com pressão positiva através do balão e máscara, sem melhora, seguida de intubação oro traqueal com melhora da respiração e bradicardia. Manteve desconforto respiratório sendo encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Radiografia de tórax com imagem de Hérnia Diafragmática Congênita à Direita, com fígado dentro do hemitórax direito. Estômago dentro do abdômen. RN submetido à procedimento cirúrgico corretivo, após estabilização clínica, no segundo dia de vida. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta médica após 40 dias de internação. **CONCLUSÃO:** A reanimação neonatal bem conduzida é fundamental para o prognóstico do paciente. O diagnóstico pré-natal de defeitos congênitos do diafragma é de extrema

importância para condução dos procedimentos em sala de parto. No caso descrito apesar dos procedimentos de ventilação com pressão positiva através de balão e máscara serem contraindicados, o não conhecimento da doença previamente, suscitou na realização dos mesmos. Como a câmara gástrica não ocupava o hemitórax afetado, a distensão da mesma não acarretou maiores danos, com consequente comprometimento do paciente pela reanimação neonatal em sala de parto com procedimentos não apropriados para a situação.

PC-008 - Comentador: Carlos Alberto F Baltar

IMPACTO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA; Estado: MA

MERYHELEN COSTA MOURA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO); CARINA SANTOS FARAY (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO); MARCELA PATRICIA MACEDO BELO FORT (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO); WILLINGTON JORGE DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO); POLIANA BEZERRA DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MATERNO INFANTIL DO MARANHÃO)

A hipotermia induzida é uma terapêutica neuroprotetora com segurança e eficácia demonstradas no tratamento de recém-nascidos de termo com encefalopatia hipoxico-isquêmica (EHI). Objetivou-se analisar as produções científicas acerca do impacto da hipotermia terapêutica aplicada em UTI neonatal, por meio de uma revisão integrativa. Para tanto, a partir dos descritores “UTI”, “neonatologia” e “hipotermia”, selecionaram-se dez pertencentes à base de dados a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS, PubMed, Medline) com abrangência temporal entre 2010 a 2016. Com base dos estudos surgiram três categorias denominadas “hipotermia terapêutica”, “prevenção e redução de danos no desenvolvimento neuropsicomotor” e “cuidados em UTI neonatal”. A primeira categoria se destacou sobre a forma de planejamento clínico, ações preventivas e a uniformização das condutas, já a segunda e terceira categorias fazem parte da base, pois o aperfeiçoamento da equipe de saúde sobre os protocolos, identificando o grau de encefalopatia hipoxico-isquêmica, diminuem os acometimentos neurológicos e a mortalidade e aumentam a qualidade de vida dessas crianças. Concluindo-se que o aperfeiçoamento da equipe de saúde sobre os protocolos e a indicação da hipotermia terapêutica, com ações planejadas em caráter preventivo, apresentam resultados significativos sobre o cuidado à saúde, diminuindo os acometimentos neurológicos e a mortalidade, aumentando, assim, a sobrevida sem paralisia cerebral desses pacientes

PC-009 - Comentador: Carlos Alberto F Baltar

AValiação DA TEMPERATURA CORPÓREA DE RECÉM-NASCIDOS 8804; 34 SEMANAS NA SALA DE PARTO E TRANSPORTE; Estado: GO
FERNANDA A. OLIVEIRA PEIXOTO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG); BEATRIZ ROMUALDO E SILVA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG); DAYARA MACHADO BORGES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG); ISABELLA MENDES DE SOUZA JORGE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFG)

Introdução: Recém-nascidos pré-termos (RNPT) possuem dificuldade em controlar a temperatura corporal, estando mais predispostos à hipotermia, que pode agravar condições como sepse, desconforto respiratório e hemorragias perintraventriculares. **Objetivos e Metodologia:** Avaliar a temperatura corporal de recém-nascidos, menores de 34 semanas, durante a reanimação neonatal e após o transporte da sala de parto para a unidade de cuidados intensivos (UCIN), através da aferição da temperatura axilar, no primeiro minuto de vida, ao final do atendimento na mesa de reanimação neonatal e após o transporte, na chegada do RNPT na UCIN. **Resultados:** Neste estudo, a média da idade gestacional foi de 32 semanas. Dos 26 pacientes que tiveram a temperatura registrada após o primeiro minuto de vida, apenas 5 (19,2) apresentavam temperatura acima de 36,5°C. Ao final do atendimento de sala de parto, 33 pacientes tiveram a temperatura registrada, sendo a média da temperatura de 36,2°C. Destes pacientes, 45,4 apresentavam temperatura acima de 36,5°C. A menor temperatura registrada, ao final da reanimação neonatal, foi de 34°C. Destes 33 pacientes, 29 têm a temperatura registrada ao final do transporte, quando chegaram na UCIN, apresentando a média de 36,3°C, a mínima de 34,6°C e a máxima de 37,5°C. Aqueles com temperatura menor que 36,9°C levaram, em média, 58 minutos para atingirem a temperatura de 36,5°C. **Conclusão:** Apesar das medidas de prevenção da hipotermia na sala de parto e transporte neonatal, a condição é ainda um problema no atendimento inicial aos prematuros menores de 34 semanas.

PC-010 - Comentador: Carlos Oldenburg Neto

TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NAS DIRETRIZES 2016 DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA NO ESTADO DO MARANHÃO; Estado: MA

PATRICIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); GABRIELLA MIRANDA MARTINS (UFMA); SUSANA DA SILVA FIGUEIRA (UFMA); FELIPE AUGUSTO LIMA E SILVA (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA)

Resumo: INTRODUÇÃO: O treinamento em reanimação neonatal, através do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), tem sido foco fundamental dentre os esforços para diminuir a mortalidade neonatal precoce. A qualificação do atendimento ao recém-nascido constitui ponto crucial na sobrevida neonatal. **OBJETIVO:** Descrever os treinamentos em reanimação neonatal ministrados pelos instrutores do PRN-MA para médicos e demais profissionais da saúde no estado do Maranhão após as Diretrizes 2016 do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da SBP baseadas no International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2017. **MÉTODO:** Estudo descritivo transversal que incluiu todos os cursos de reanimação ministrados pelos instrutores do PRN-MA no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2017. **RESULTADOS:** No período do estudo foram realizados 20 cursos de reanimação neonatal no Maranhão. Foram treinados 163 profissionais nas Diretrizes 2016 do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da SBP. Destes, 69 médicos e 94 profissionais de saúde. Do total de cursos ministrados, 15 (75) foram realizados no município de São Luís e 5 (25) em Imperatriz. A realização dos cursos de deu na capital e um município do interior do estado. **CONCLUSÃO:** O presente estudo aponta a necessidade de disseminar o curso de Reanimação Neonatal que contemple os demais municípios do estado através de parcerias entre as esferas públicas e o PRN. É necessário que todos os profissionais que prestam assistência ao recém-nascido ao nascer sejam treinados. O treinamento em reanimação do PRN da SBP visa disseminar conhecimentos atualizados aos profissionais que prestam assistência ao recém-nascido ao nascer na sala de parto objetivando melhoria na assistência principalmente nos primeiros minutos de vida com a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal.

PC-011 - Comentador: Carlos Oldenburg Neto

FREQUÊNCIA DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO;

Estado: MA

MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); GABRIELLA MIRANDA MARTINS (UFMA); SUSANA DA SILVA FIGUEIRA (UFMA); FELIPE AUGUSTO LIMA E SILVA (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA); ROSSANA MARIA PEREIRA MENDES (UFMA)

INTRODUÇÃO: Ao nascimento, a maioria dos Recém-nascidos pré-termo (RNPT) necessita de ajuda para iniciar a transição cardiopulmonar. **OBJETIVO:** Descrever a frequência das manobras de reanimação neonatal na sala de parto em um Hospital Universitário. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa no qual foram incluídos 141 RNPT com peso de nascimento 1.500 g, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2017. A análise estatística descritiva foi feita no programa Epi Info do CDC de Atlanta (EUA), versão 3.5, utilizando o banco de dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). **RESULTADOS:** Dos 141 bebês da RBPN incluídos na pesquisa: 77 (54.6) nasceram de parto Cesáreo e 72 (51.1) eram do sexo Masculino. Em relação às manobras de reanimação, 81 (57.4) recém-nascidos necessitaram de algum procedimento de reanimação neonatal. Desses 79, (97.5) necessitaram de VPP com balão e máscara; 63 foram submetidos à intubação orotraqueal, 7 (8.6) ventilação associada à massagem cardíaca, 6 (7.4) receberam adrenalina, expansor de volume 2 (2.5), e 51 (36.2) utilizaram CPAP em sala de parto. Podemos observar que a necessidade de VPP e de reanimação avançada na sala de parto é muito frequente em RNPT,

principalmente nos de muito baixo peso. Os dados encontrados corroboram os a pesquisa dos 20 centros universitários públicos da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais nos anos de 2012-14. **CONCLUSÃO:** A frequência de VPP em RNPT é elevada, manobra necessária para a adequada adaptação à vida extrauterina sendo fundamental a presença de equipe treinada e material adequado para realizar no “minuto de ouro” as manobras de forma rápida e efetiva, minimizado assim a morbimortalidade neonatal.

PC-012 - Comentador: Celso Moura Rebelo

EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE CAPACITAÇÃO INTERNA NO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL; Estado: PE
ANA MARIA ALDIN SOUSA OLIVIERA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANA CLÁUDIA FIRMINO DE SOUSA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); CÉLIA MARIA MATIAS VIEIRA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANGELA DA SILVA VIEIRA DOS SANTOS (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ELAYNE URQUIZA SOARES (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANDRÉA SANTOS DE PAULA PORTELA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANDRÉA FIREMAN BARROS CORDOVA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); CLEMENTE JOSÉ DE FREITAS BARACHO FILHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); FERNANDA CORREIA KUNZ BARACHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ARACY DE SOUZA BIBIANO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO)

Introdução: O Programa de Reanimação Neonatal (PRN) visa capacitar médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e outros profissionais da saúde que atendem ao recém-nascido (RN) na sala de parto e unidade neonatal nos procedimentos de reanimação. Método: descrever os resultados iniciais obtidos pelo centro de treinamento deste serviço cujo objetivo é a capacitação contínua de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas para um atendimento de qualidade ao neonato. Resultados: Foi realizado o curso de Reanimação neonatal 8805; 34 semanas diretrizes 2016, pelo PRN de Pernambuco, capacitando 20 médicos que realizam atendimento ao RN, sendo 11 neonatologistas e 9 pediatras. Destes, 6 realizaram a capacitação para instrutores e formaram o centro de treinamento do hospital em 2017. No primeiro ano de atividades foram feitos 4 cursos de reanimação neonatal para profissionais de saúde: foram capacitadas 10 enfermeiras e 51 técnicas de enfermagem da maternidade (unidade intensiva neonatal, berçário, sala de parto e triagem obstétrica). O nível de conhecimento prévio avaliado pelo pré-teste teve uma média de acertos de 48. Tivemos 56 participantes aprovados (92), com média de acertos no pós-teste igual ou maior à 80. Conclusão: O Programa de Reanimação Neonatal promoveu aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas dos médicos e de outros profissionais de saúde que participam da assistência ao RN. Apesar da assistência a gestante nos serviços privados ter melhor qualidade é importante garantir um atendimento eficiente, que é obtido através da educação continuada dos profissionais no PRN, onde há retenção de conhecimentos e aprimoramento pois estudos evidenciam que há perda de conhecimento com o passar do tempo.

PC-013 - Comentador: Celso Moura Rebelo

ESTRATÉGIA INOVADORA PARA O FORTALECIMENTO DAS BOAS PRÁTICAS AO RECÉM-NASCIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE; Estado: MA

ELISETE SILVA DOS SANTOS QUINELLATO (UFMA); FREDERICO VITÓRIO LOPES BARROSO (UFMA); PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNEÁ SILVA DO VALE (UFMA); NILZA BEZERRA PINHEIRO DA SILVA (UFMA); PRISCILLA FERNANDA DOMINICI TERÇAS (UFMA); VÂNIA DO PERPÉTUO SOCORRO BASTOS CANTANHEDE HOLANDA (UFMA); MARINA BACELAR PEREIRA FERNANDES (UFMA)

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda minimizar a separação do recém-nascido (RN) e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas a partir das boas práticas de assistência ao RN. Objetivo: Descrever as estratégias de monitoramento das boas práticas ao RN em sala de parto. Método: Relato de experiência da utilização de uma planilha eletrônica preenchida pelos enfermeiros do centro de parto de um hospital universitário do Nordeste a partir do ano de 2017. O instrumento foi elaborado através da utilização do googleforms. Resultados: A planilha eletrônica permitiu que os enfermeiros refletissem sobre as boas práticas de assistência ao RN, pois era necessário que os mesmos monitorassem o tempo para o clameamento do cordão umbilical, do contato pele a pele e início da amamentação na primeira hora de vida. O hospital garantiu a presença de relógios em todas as salas de parto. A equipe assistencial de enfermagem foi capacitada no uso da planilha e estimulada à implementação das boas práticas. Conclusão: O monitoramento das boas práticas por meio da planilha eletrônica permitiu a criação de um banco de dados e análise dos indicadores de assistência ao RN em sala de parto. A partir da análise desses indicadores, foram realizadas várias ações para melhoria da assistência, dentre elas treinamento em reanimação neonatal, educação permanente com a equipe assistencial, o que possibilitou o fortalecimento das boas práticas de assistência ao RN na sala de parto.

PC-014 - Comentador: Celso Moura Rebelo

CONTATO PELE A PELE NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE: SUA IMPORTÂNCIA PARA A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA; Estado: MA

NILZA BEZERRA PINHEIRO DA SILVA (UFMA); PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); ELISETE SILVA DOS SANTOS QUINELLATO (UFMA); MARYNEÁ SILVA DO VALE (UFMA); PRISCILLA FERNANDES DOMINICI TERÇAS (UFMA); VÂNIA DO PERPÉTUO SOCORRO BASTOS CANTANHEDE HOLANDA (UFMA); FREDERICO VITÓRIO LOPES BARROSO (UFMA); MARINA BACELAR PEREIRA FERNANDES (UFMA)

Introdução: O contato pele a pele imediato entre mãe e recém-nascido (RN) após o parto favorece a manutenção da temperatura corporal, diminuição dos níveis de cortisol, aumento do vínculo mãe-bebê e maior garantia na amamentação. Objetivo: Verificar a realização do contato pele a pele por no mínimo 30 minutos após o parto normal em um hospital universitário do Nordeste. Método: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no período de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram obtidos através de uma planilha eletrônica preenchidas pelos enfermeiros plantonistas do centro de parto e analisados pelo programa STATA 12.0. Resultados: No período do estudo, nasceram 3.068 bebês, sendo 1.384 de parto normal, configurando-se em 45 dos partos ocorridos. Destes, 67 realizaram o contato pele a pele entre a mãe e o RN por no mínimo 30 minutos e 45 tiveram a amamentação na primeira hora de vida. Várias ações foram realizadas, tais como monitoramento do tempo do contato em minutos na sala de parto e educação permanente junto a equipe assistencial. É importante ressaltar que o hospital onde foi realizado o estudo, é referência para gestação de alto risco e Centro de Referência Nacional para o Método Canguru. Conclusão: O presente estudo apontou que o contato pele a pele é realizado de forma efetiva na sala de parto e que é necessário avançar no sentido de aumentar as taxas de aleitamento materno na primeira hora de vida. O contato pele a pele no primeiro minuto após o nascimento proporciona taxas significativamente maiores de sucesso na amamentação além de possibilitar o vínculo mãe e filho. Nesse contexto, as evidências corroboram que práticas integradas de atenção ao parto e nascimento têm impacto no crescimento e desenvolvimento do RN.

PC-015 - Comentador: Clarissa Botura Amado

O DESENVOLVIMENTO MOTOR DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E O APGAR DO PRIMEIRO MINUTO; Estado: MG

NATHÁLIA FARIA DE FREITAS (UFMG); CYNTHIA RIBEIRO DO NASCIMENTO NUNES (UFMG); THALYTA MAGALHÃES RODRIGUES (UFMG); PATRÍCIA RODRIGUES DA COSTA (UFMG); KELLY CRISTINE APARECIDA FONSECA LANA (UFMG); MARIA TEREZA TELES COELHO AGUILAR (UFMG); MARINA OLIVEIRA RABELLO (UFMG); MARIA CÂNDIDA FERRAREZ BOUZADA (UFMG); MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (UFMG); LENI MÁRCIA ANCHIETA (UFMG)

INTRODUÇÃO: O índice de Apgar é o método mais comumente empregado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, avaliando as suas condições de vitalidade. **OBJETIVO:** Investigar a associação entre o desenvolvimento motor e o índice de Apgar do primeiro minuto (1') em recém-nascidos pré-termo (RNPT) menores de 32 semanas aos seis meses de idade gestacional corrigida. **MÉTODOS:** Estudo observacional, prospectivo de coorte com RNPT menores de 32 semanas, internados nas Unidades de Cuidados Progressivos Neonatais entre julho de 2016 e maio de 2017 e acompanhados até dezembro de 2017 em duas maternidades públicas. Após a alta hospitalar, as crianças foram acompanhadas no ambulatório de seguimento dos respectivos hospitais e avaliados com a Escala Bayley III aos seis meses de idade gestacional corrigida. Realizou-se análises descritivas e univariada com o teste de Correlação de Spearman por meio do programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. Adotou-se o intervalo de confiança de 95. **RESULTADOS:** Foram acompanhadas 69 crianças, sendo 38 (55,1) do sexo masculino. As médias e desvio padrão de peso ao nascimento, idade gestacional e Apgar no 1' e 5' foram 1385 gramas (DP±408,8), 30,1 semanas (DP±1,9), 6,8 (DP±2,0) e 8,7(DP±0,9), respectivamente. Na avaliação da Escala Motora fina, a média (desvio padrão) foi de 9,7 (DP±2,2). Observou-se associação significativa entre a Escala Motora fina e o Apgar 1', ou seja, quanto maior o Apgar do 1' maior o escore na escala motora fina ao sexto mês da idade gestacional corrigida (p=0,039). **CONCLUSÃO:** A assistência imediata ao recém-nascido de alto risco é um fator perinatal considerável no desenvolvimento motor de recém-nascidos pré-termo. O índice de Apgar do 1' além de avaliar a condição atual do recém-nascido, apresenta correlação com o desenvolvimento neurológico da criança e corrobora a importância do "Minuto de Ouro" na qualidade de vida.

PC-016 - Comentador: Clarissa Botura Amado

SOBREVIDA DE RECÉM NASCIDOS PREMATUROS EXTREMOS E HEMORRAGIA PERINTRAVENTRICULAR EM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE ENSINO DE MINAS GERAIS; Estado: MG

PAOLLA SEIXAS SALGADO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA); MARIÂNGELA RIBEIRO SILVA DUARTE (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA)

INTRODUÇÃO: Em 2017 verificamos em nossa instituição um aumento significativo na sobrevida de recém-nascidos prematuros extremos (RNPE) após a padronização de CPAP na sala de parto e cuidados para normotermia, com importante redução dos casos de Hemorragia Perintraventricular (HPIV). **OBJETIVOS E MÉTODOS:** Relatar o aumento da sobrevida de RNPE e a redução da incidência de HPIV em hospital filantrópico de ensino após a padronização da reanimação em 34 semanas, uso de CPAP e cuidados de normotermia na sala de parto. **RESULTADOS:** RN 1 - IG=26 semanas, peso=580 g, Apgar 6/8, parto cesareana devido a síndrome HELLP, bradicárdico e em apnéia, ventilado com CPAP em máscara e intubado em sala de parto e transportado para o CTI. RN 2 - IG=26 semanas, peso= 560 g, Apgar 7/8, parto cesareana devido a síndrome HELLP e sofrimento fetal agudo ao US, nasceu chorando, FC 90 bpm, reanimado com CPAP e intubado em sala de parto e transportado ao CTI. RN 3-IG: 27 semanas, peso=762 g, Apgar 6/7, parto cesareana devido a síndrome HELLP, nasceu chorando, porém evoluiu com desconforto respiratório precoce em sala de parto, iniciado CPAP e intubado, transportado para CTI. Nesses três casos as salas estavam 23-26.C, realizamos corticoterapia antenatal e surfactante exógeno (protocolo Síndrome da Angústia Respiratória), tratamos sepse precoce e tardia e realizamos protocolo de desmame da ventilação. O maior risco de lesões e sequelas neurológicas em RN 28 semanas é devido à maior frequência de lesões hemorrágicas nesse grupo. A ultrassonografia (US) craniana deve ser realizada em todos os RNPT 1.500 g ou IG 32 semanas. Nos casos relatados as US cranianas foram normais. **CONCLUSÃO:** A redução da incidência de HPIV em RNPE é possível através de adequadas abordagem antenatal e padronização da sala de parto de recém nascidos 34 semanas (corticoide antenatal, prevenção da hipotermia, uso precoce de CPAP e/ou intubação traqueal) e tratamento precoce das patologias da prematuridade.

PC-017 - Comentador: Danielle Cintra B. Brandão

CONSTRUÇÃO DE CHECKLIST DAS HABILIDADES BÁSICAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL POR MONITORAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA;

Estado: PR

MARIANA XAVIER E SILVA (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); ALESSANDRA MOBIUS GEBRAN (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); EDILAINE APARECIDA ORCHEL (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GISLAYNE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); JORDANA LIMA BRAGA (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); YASMIN HONCZARYK RIBEIRO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

O uso de simulação realística durante a formação acadêmica tem se tornado frequente e fundamental no desenvolvimento e prática das habilidades médicas. Por meio do exercício em ambiente controlado, é possível ter uma simulação em diversos níveis de complexidade em um ambiente seguro, com o desenvolvimento da capacidade de gerenciamento da situação, seguido de feedback imediato. O objetivo desse relato de experiência foi desenvolver e aplicar checklists de habilidades básicas em reanimação neonatal aos acadêmicos de medicina para revisão de conteúdo. A metodologia utilizada consiste no desenvolvimento de checklists contendo os passos de reanimação neonatal e aplicação aos alunos do 5º período do curso de medicina. Foram elaborados casos clínicos de recém-nascido(RN) vigoroso, RN meconial vigoroso, RN meconial não-vigoroso, RN com necessidade de ventilação com pressão positiva e RN com necessidade de massagem cardíaca e administração de drogas. As simulações foram guiadas pelos monitores da disciplina de habilidades médicas e comunicação. Ao final da simulação foi realizado o feedback aos estudantes, em que se evidenciam as falhas e acertos de cada estação, constituindo uma visão crítica sobre seu atendimento. Dessa forma, pode-se concluir que as simulações realísticas têm um fator positivo na construção da experiência clínica em reanimação neonatal, gerando uma intervenção clínica mais ativa por parte dos discentes e desenvolvimento de segurança no atendimento, com objetivo de melhorar a performance e diminuição de erros.

PC-018 - Comentador: Danielle Cintra B. Brandão

PERFIL DE PROFISSIONAIS TREINADOS NO TRANSPORTE NEONATAL EM UM ESTADO; Estado: MT

DÉBORA LUZIA DAL PONTE CARVALHO (SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA (SOMAPE)); JULIANA DAL PONTE CARVALHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG))

Introdução: É essencial que o transporte de recém-nascidos de alto risco seja feito de forma segura por uma equipe capacitada, pois o transporte neonatal inadequado pode levar a consequências severas, incluindo óbito. O Curso de Transporte do Recém-nascido de Alto Risco, ministrado por instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, tem carga horária de 8 horas com 1 aula teórica e 4 aulas práticas abordando aspectos básicos e complicações comuns do transporte do recém-nascido de alto risco. **Objetivos:** Descrever o perfil profissional dos participantes e a frequência dos cursos de transporte do recém-nascido de alto risco em um Estado. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo descritivo por pesquisa "online" de dados secundários no sistema eletrônico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria referentes aos cursos de transporte neonatal e seus participantes em um Estado entre os anos de 2013 e 2017. **Resultados:** No período em questão, 8 cursos de transporte neonatal foram realizados, 72 alunos conseguiram aprovação e 1 aluno reprovou. No total, durante os cursos, participaram 10 enfermeiros (13,70), 13 residentes R1 (17,81), 5 residentes R2 (6,85), 6 residentes R3 (6,22), 27 pediatras (36,99), 2 anestesistas (2,74), 1 especialista em medicina intensiva pediátrica (1,37), 2 neonatologistas (2,74) e 7 médicos de outras especialidades (9,59). **Conclusão:** Em 2013, foi implantado no referido Estado o curso de transporte do recém-nascido de alto risco divulgando o protocolo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Desde então, mais profissionais da região tornaram-se aptos ao reconhecimento das principais indicações do transporte neonatal e infraestrutura mínima necessária para o transporte seguro, bem como à estabilização clínica do paciente antes do início do transporte e tratamento das possíveis intercorrências durante o deslocamento do paciente, promovendo a chegada do neonato estável e em segurança à unidade de destino. O perfil dos participantes do curso foi multiprofissional, em sua maioria pediatras, seguidos pelos residentes.

PC-019 - Comentador: Danielle Cintra B. Brandão

BRIEFING E DEBRIEFING NO APRENDIZADO DE EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS: SIMULANDO A REANIMAÇÃO NEONATAL EM ETAPAS; Estado: PR

GIOVANNA CORREA FONTOURA (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); ERICA PEDRI (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); BEATRIZ PYRICH CAVALHEIRO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); MARIANA XAVIER (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GISLAYNE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); VITÓRIA DIANA MATEUS DE ALMEIDA GONÇALVES (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

INTRODUÇÃO: As simulações e metodologias ativas no ensino-aprendizagem no contexto de reanimação neonatal possibilitam o desenvolvimento de habilidades comunicativas e técnicas, garantindo maior segurança ao lidar com situações reais. **OBJETIVOS E MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência, visando descrever o processo de ensino-aprendizagem em reanimação neonatal através de simulações. **RESULTADOS:** A primeira etapa é o Briefing: exposição prévia ao tema para preparo e orientação do estudo prévio. Na aula seguinte os acadêmicos respondem um pré-teste e são divididos em grupos para participar de estações simuladas. Em cada caso clínico, os alunos organizam sua equipe e um assume a função de líder. Os estudantes são expostos à situações como: análise de fatores de risco perinatal, organização de equipe e materiais, avaliação do recém nascido (RN) e tomada de decisão. A capacidade de avaliar o RN de modo ágil é essencial para garantir a assistência imediata. Nas simulações são usados consultórios escola, bonecos de média fidelidade e equipamentos médicos. Ao final de cada estação o grupo recebe feedback de seu desempenho – possibilitando aprimoramento da teoria e habilidades médicas. Após finalizarem todas as estações, os acadêmicos respondem o pós-teste, contendo as mesmas questões do pré-teste. Essa etapa é fundamental na fixação dos conteúdos e identificação de possíveis dúvidas. O Debriefing é o momento de finalização, em que o aluno compartilha a vivência e recebe apoio para que se sinta confiante frente ao conteúdo, etapa fundamental da metodologia ativa. Nesse momento o estudo é concluído, encerrando dúvidas e garantindo aprendizado de qualidade. A avaliação final envolve Avaliação Formativa, que avalia postura, estudo prévio, participação e assiduidade do aluno e OSCE – Exame estruturado de habilidades clínicas. **CONCLUSÃO:** O uso de ferramentas como briefing e debriefing favorecem a consolidação do conhecimento do acadêmico de medicina sobre reanimação neonatal, garantindo melhor aproveitamento das simulações.

PC-020 - Comentador: Fabiano Steil da Silva

TUBOS ENDOTRAQUEAIS NEONATAIS: EXISTEM DIFERENÇAS ENTRE ELLES?; Estado: PE

JOSÉ HENRIQUE MOURA (HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE, REDE D'OR; HOSPITAL DE AVILA; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO); FILLIPE VIRGOLINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO); CARLOS DORNELLES SILVA (HOSPITAL MEMORIAL SAO JOSE, REDE D'OR; HOSPITAL DE AVILA; UNIVERSIDADE FEDERAL DO PERNAMBUCO)

Introdução: Os tubos endotraqueais (TETs) neonatais são escolhidos baseados na idade gestacional e peso. O programa de reanimação neonatal recomenda que os TETs sejam homogêneos, sem balão e com marcas em centímetros. Diâmetros internos (DIs) de diferentes marcas de TETs podem ter diferentes diâmetros externos (DEs). Objetivo: Examinar as propriedades físicas de TETs de marcas diferentes, utilizados em sala de parto. Métodos: Avaliamos 9 TETs de 3 marcas diferentes usadas em salas de parto de nossas unidades neonatais. Foram avaliados 3 TETs com DIs de 2,5, 3,0 e 3,5 mm de três marcas distintas. Avaliamos o comprimento, as diferenças dos DEs, e a força de compressão em Newton (N) necessária para reduzir 50 e 100 do lúmen dos tubos com o mesmo DI. Todos os tubos foram submetidos ao teste de pressão utilizando a máquina de teste universal EMIC DL10000. Resultados: Os comprimentos da parte tubular dos TETs 2,5, 3,0 e 3,5 mm variaram respectivamente de 14,3 – 15,2; 16,5 – 17,8 e 18,6 – 19,0 cm. Para os DEs, a variação foi de 3,5 – 4,0; 4,2 – 4,7 e 4,8 – 5,3 mm, respectivamente. A força de compressão necessária para reduzir 50 do lúmen para os tubos 2,5, 3,0 e 3,5 mm variou respectivamente de 14,09 – 27,58; 16,71 – 24,17 e 16,58 - 26,83 N. Para redução de 100 do lúmen desses tubos a variação da força foi de 89,78 – 123,52; 100,41 – 113,89 e 106,47 – 129,01 N respectivamente. Conclusão: Entre tubos com mesmo DI, encontramos diferenças em relação ao comprimento, DE e força de compressão necessária para redução de 50 e 100 do lúmen. O conhecimento das características físicas dos TETs pode dar embasamento para a escolha mais adequada dos mesmos, otimizando o tratamento e minimizando efeitos adversos da intubação.

PC-021 - Comentador: Fabiano Steil da Silva

PRIMEIRA AVALIAÇÃO CARDÍACA NEONATAL NA SALA DE PARTO – SONAR VERSUS ESTETOSCÓPIO: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO; Estado: CE

ALAIDE PINTO BESSA (MÉDICA RESIDENTE DA UFPE); JOSÉ HENRIQUE SILVA MOURA (COORDENADOR DA UTIN DO H. MEMORIAL SÃO JOSÉ (RECIFE-PE); MÉDICO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE); MARIANA GARRET SALES (MÉDICA RESIDENTE DA UFPE); LÉO HAPP BOTLER (ENGENHARIA - UFPE); JOÃO LUIZ D. H. VALENÇA (ENGENHARIA - UFPE)

Introdução: O padrão respiratório e a frequência cardíaca (FC) são os parâmetros que definem a necessidade de reanimação neonatal. A ausculta com o estetoscópio ou a palpação do coto umbilical podem subestimar a FC. A FC pode ser mensurada e escutada pelo sonar e esta informação é compartilhada por toda a equipe da reanimação. Objetivo: Avaliar o uso do sonar para aferir a FC do recém-nascido (RN) na sala de parto (SP), comparando-o ao estetoscópio. Métodos: Ensaio clínico randomizado, que incluiu RN assistidos pelos pesquisadores sendo excluídos aqueles que necessitaram de reanimação. Após chegar ao berço, cada RN era avaliado com o sonar ou com o estetoscópio. Em um segundo momento, a FC era aferida também pelo oxímetro e por um monitor cardíaco. Foram avaliados o tempo para posicionar o dispositivo randomizado no tórax, para a detecção da FC; o tempo para obter a FC contada em 6 segundos (FC6) e em 15 segundos (FC15); bem como a contagem da FC6 e FC15 sendo estas correlacionadas com a contagem do oxímetro e monitor cardíaco. Resultados: 41 pacientes foram estudados (5 excluídos) e 17 randomizados para o sonar. Após a chegada no berço, o sonar e estetoscópio foram posicionados no RN, respectivamente, em 4,7s e 5,9s (p=0.304); a primeira FC auscultada, após a colocação do dispositivo, foi obtida em 3,8s e 6,2s (p=0.089). A contagem da FC6 e FC15 para o sonar e estetoscópio foram realizadas respectivamente em 21,67s e 30,9s (p=0.492) e 49,1s e 69,3s (p=0,089). O sonar apresentou uma correlação significativamente melhor que o estetoscópio em relação ao oxímetro (p0.001). Conclusão: Os tempos para avaliação da FC com o sonar não se mostraram inferiores aos do estetoscópio. Porém, o sonar obteve uma melhor correlação com o oxímetro. Sugerimos o uso do sonar na SP para avaliação da FC neonatal inicial.

PC-022 - Comentador: Fernanda de Godoy Melo

POLOS DESCENTRALIZADOS DA REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE PERNAMBUCO; Estado: PE

SHIRLENE MAFRA HOLANDA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); CAROLINE CAVALCANTI GOLÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); ANDRÉ HENRIQUE LOTT DUARTE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); FÁTIMA MARIA DOHERTY (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA)

Introdução: O programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) tem como meta formar, no mínimo, um instrutor por cada instituição da rede pública de saúde com 1000 ou mais nascimentos ao ano no Estado de Pernambuco. Objetivo: Analisar a distribuição dos instrutores, a realização dos cursos de reanimação neonatal e a proporção de alunos treinados de acordo com as regiões do Estado. Método: Estudo transversal, descritivo sobre o impacto da formação dos instrutores na realização dos cursos de reanimação. Os dados foram obtidos através do programa informatizado, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2016, e analisadas as seguintes variáveis: número de instrutores, número de cursos e número de alunos treinados, distribuídos por regiões: Litoral-Zona da Mata, Agreste e Sertão. Resultados: Entre 2011 e 2016, nasceram 852.254 recém-nascidos, sendo 62 na região Litoral-Zona da Mata, 16,5 no Agreste e 21,5 no Sertão. Os coordenadores estaduais PRN-SBP formaram 50 instrutores que realizaram a capacitação de 2,8 alunos para cada 1000 nascidos vivos (NV); distribuídos,

70 no Litoral-Zona da Mata (3,6 alunos treinados/1000 NV), 20 no Agreste (1,7 alunos treinados/1000 NV) e 10 no Sertão (1,4 alunos treinados/1000 NV). Foram realizados 240 cursos com capacitação de 2.371 alunos, destes, 79,1 no Litoral-Zona da Mata; 9,9 no Agreste e 11 no Sertão. Conclusão: Cerca de 20 dos cursos foram realizados no interior do Estado. A despeito do aumento dos cursos ofertados nos polos descentralizados do Estado, ainda há necessidade de uma maior interiorização do PRN-SBP na região do Agreste e Sertão.

PC-023 - Comentador: Fernanda de Godoy Melo

AValiação DAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA AO NEONATO EM SALA DE PARTO, ANTES E APÓS O CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL; Estado: PE

CAROLINE GONÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO); SILVIA SARINHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO); DANIELLE BRANDÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

Introdução: Intervenções específicas como clameamento tardio do cordão umbilical, contato pele a pele mãe-bebê e aleitamento materno na primeira hora de vida bem como a ventilação com pressão positiva (VPP) são estratégias consideradas como boas práticas na sala de parto. Objetivos: avaliar as boas práticas em sala de parto e no atendimento ao RN com idade gestacional 8805; 34 semanas de idade gestacional, caracterizar a população de mães e recém-nascidos antes e depois do treinamento. Métodos: estudo de intervenção do tipo antes e depois, realizou-se nos meses de fevereiro a junho de 2017. O Curso de Reanimação Neonatal(CRN) foi direcionado aos técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que cuidam do RN em sala de parto. A pesquisa utilizou 2 instrumentos para obtenção dos dados: Ficha de coleta com informações da história materna, do parto e condições do RN e entrevista com a mãe no alojamento conjunto. Resultados: Houve aumento das mães que amamentaram em sala de parto no grupo 2- pós-intervenção, 82,1 para 87,7, p0,01. Observou-se redução do tempo para amamentar a primeira vez no grupo 2, com mediana de tempo de 30 minutos e p0,01. Houve redução do contato pele a pele do grupo 1 ao 2, sem significância estatística e os dados sobre o clameamento ficaram limitados porque não foi preenchido adequadamente. Encontrou-se um aumento do uso de VPP no grupo 1 (pré-intervenção) para o grupo 2, assim como, a VPP associada à massagem cardíaca reduziu entre os grupos. As características maternas e neonatais foram semelhantes nos grupos estudados. Conclusão: Com estas informações, acredita-se que haja um impacto positivo nas intervenções promovidas pelo CRN, em reduzir morbidade neonatal e melhorar conhecimento dos profissionais que atuam em sala de parto na assistência ao neonato.

PC-024 - Comentador: Jamil Pedro de Siqueira Caldas

CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ACERCA DA ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO; Estado: PR

PAULA MOTTA DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); DÉBORA MELO MAZZO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); MARCOS NADER AMARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); JAMILA GABRIELLE GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); LUCIANE OTTO MALAT (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); MARIANA SANT'ANA VIEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); ANA CLARA DAROS MASSAROLO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); ÂNGELA MARIA BARBOSA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS)

Introdução: A inserção do fisioterapeuta na sala de parto (SP) é recente e sua atuação junto a equipe multiprofissional na reanimação neonatal ainda está se estabelecendo, o que ainda gera dúvidas e divergências sobre seu papel. Objetivos e Métodos: Avaliar o conhecimento da equipe multiprofissional de uma UTIN acerca da atuação do fisioterapeuta na reanimação neonatal em sala de parto. Um questionário, composto de seis questões, foi desenvolvido para a pesquisa e aplicado para os profissionais das diversas áreas que trabalham na UTIN de um hospital universitário, uma vez que este hospital ainda não possui fisioterapeutas atuantes em SP. Resultados: Um total de 29 profissionais responderam ao questionário, sendo 12 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros, 5 fisioterapeutas, 3 médicos e 2 fonoaudiólogos. Apenas 27,5 dos participantes relataram conhecer a atuação do fisioterapeuta na SP e, mesmo assim, 93 dos profissionais considera o fisioterapeuta capacitado para atuar na reanimação neonatal. Quando questionados a respeito de quais as atribuições do fisioterapeuta em uma emergência na SP, 27,5 dos profissionais não souberam dizer quais são e, para os outros 72,5 são atribuições do fisioterapeuta: auxílio na intubação orotraqueal, ventilar o recém-nascido através de reanimador manual, aspiração das vias aéreas, auxiliar nas manobras de reanimação neonatal, adequar os parâmetros ventilatórios, adequação de oxigenoterapia. Apenas 3 profissionais (2 fisioterapeutas e 1 médico) descreveram a instalação de ventilação não invasiva como atribuição do fisioterapeuta na reanimação neonatal na SP. Conclusões: Mesmo que o fisioterapeuta seja considerado pela equipe como capacitado para atuar em uma emergência na sala de parto, suas atribuições nesse processo ainda necessitam ser melhor delineadas, já que segundo as respostas obtidas, as atividades se mesclam com a atuação na UTIN. Essa recente atuação deve ser muito bem pautada para que se construa uma prática sólida dentro deste ambiente delicado.

PC-025 - Comentador: Jamil Pedro de Siqueira Caldas

TROCAS DE SABERES ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA E PARTEIRAS TRADICIONAIS; Estado: PE

SHIRLENE MAFRA HOLANDA MAIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); CAROLINE CAVALCANTI GOLÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO E SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); LÚCIA HELENA GUIMARÃES RODRIGUES (SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PEDIATRIA); MAYARA PEREIRA DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO); LUCAS CORDEIRO ANDRADE RÊGO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO); VITOR DE ASSIS FARIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO); ÍCARO OLIVEIRA NEJAIM (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO)

Introdução: Parteiras tradicionais ganham destaque ao ressaltar que as regiões cobertas por elas, normalmente, encontram-se em zonas rurais, comunidades indígenas e quilombolas, onde a assistência à saúde é mais difícil. Objetivo: Relatar a experiência de três estudantes de medicina durante a capacitação para parteiras realizada na Oficina de Troca de Saberes promovida pelo Programa Estadual de Parteiras Tradicionais com participação de instrutoras do Curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Metodologia: Os estudantes participaram da oficina destinada a instrumentalização e treinamento sobre assistência ao recém-nascido (RN) e reanimação neonatal, bem como compartilhamento de saberes e vivências das parteiras do Estado de Pernambuco. Resultados: Os estudantes entraram em contato com o universo prático vivenciado pelas parteiras, através de relatos de como elas realizavam partos e os cuidados iniciais ao RN. Saberes esses construídos ao longo de suas trajetórias; assim como os estudantes compartilharam conhecimentos adquiridos a partir de suas experiências enquanto profissionais de saúde em formação. Um total de 26 parteiras tradicionais indígenas da região do Sertão foram capacitadas, a maioria eram mulheres idosas de baixa escolaridade que aprenderam a realizar o parto com outras parteiras. Elas são respeitadas onde residem e apontadas como referência para a saúde de mulheres e crianças da sua comunidade, geralmente, são lideranças onde moram. Conclusão: A troca de experiências entre estudantes e parteiras ampliou a noção de respeito com relação a cultura e crenças que estão envolvidas no nascimento de uma criança, mostrando-se uma experiência positiva na formação dos estudantes de medicina.

PC-026 - Comentador: Jamil Pedro de Siqueira Caldas

INCIDÊNCIA DE HIPOTERMIA AO NASCIMENTO EM NEONATOS PRÉ-TERMO COM IDADE GESTACIONAL ABAIXO DE 34 SEMANAS ADMITIDOS EM UTI; Estado: PE

MARIA CÍCILIA ANDRADE TRINDADE (HJMO); CINTIA CARINA DA SILVA NEVES (HJMO); EDIONE FLAVIA DOS SANTOS (FAINTVISA); ANA CECÍLIA AMORIM DE SOUZA (FAINTVISA); DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (HJMO); KATIA MARIANA VIEIRA FÉLIX DA SILVA (HJMO); CASSIA KELLY L. MEDEIROS (HJMO); JULIA RAFAELLY DE MATOS BARBOSA JORDÃO (HJMO); ANA CAROLINA SPINELLI (HJMO); LUCIANA MELO DA SILVA (HJMO)

Introdução: O Brasil está entre os dez países com maior índice de nascimentos pré-termo e 16º lugar em óbitos relacionados a complicações da prematuridade, e uma dessas complicações é a hipotermia. **Objetivos:** avaliar a prevalência de hipotermia ao nascimento de recém-nascidos pré-termos. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade do município de Vitória de Santo Antão- PE. Foram incluídos na pesquisa todos os recém-nascidos com idade gestacional de até 34 semanas admitidos na UTI, no período de junho a outubro de 2016. Foram excluídos da pesquisa, todos aqueles com idade gestacional acima de 34 semanas, que não tiverem descritos em seus prontuários a temperatura da sala de parto, os óbitos e os que tiveram indução de hipotermia. **Resultado:** Participaram do estudo, 74 recém-nascidos (RN) com até 34 semanas de idade gestacional, porém apenas 29 se enquadraram nos critérios de inclusão (amostra). Dentre as variáveis neonatais e de nascimento, a mediana de peso e da idade gestacional foram respectivamente, 1750g (mínimo de 865g e máximo de 2.410g) e 32,3 semanas (mínimo de 26 e máximo de 34 semanas), sendo 52 do sexo masculino. A via de parto prevalente foi a vaginal com 55. A incidência de hipotermia na admissão da UTI neonatal foi de 100, e todos os RN passaram por procedimentos invasivos nas primeiras 24 horas de vida. A média de intervalo entre o tempo de nascimento e a admissão na UTI foi de 37 minutos com temperaturas que variaram entre 32.5°C a 36 °C, onde quanto a classificação da hipotermia, 86 (25) apresentaram hipotermia moderada. Os RN levaram em média 7 horas e 27 minutos para estabilização da temperatura corporal. **Conclusão:** A hipotermia ocorreu em 100 dos RN. Os achados apontam para necessidade de capacitação da equipe multidisciplinar, na implementação de estratégias para redução da hipotermia.

PC-027 - Comentador: João Cesar Lyra

PREVALÊNCIA DE ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA EM UMA UTI NEONATAL; Estado: PR

MARCOS ANTONIO DA SILVA CRISTOVAM (UNIOESTE-CASCADEL-PR); JOÃO PEDRO PONTES CÂMARA (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); ANA CLÁUDIA LOPES PLEWKA (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); HENRIQUE SEDI SEKI (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); LARA FRANKEN CIUPAK (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); ROBERTTA FERNANDES ZANDONÁ (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); MAYSA DOS SANTOS (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR); EMMANUEL NOGUEIRA ALMEIDA (HOSPITAL BOM JESUS-TOLEDO-PR)

Introdução: Encefalopatia neonatal é um termo clínico que descreve um estado neurocomportamental anormal com diminuição no nível de consciência e, geralmente outros sinais de disfunção motora e/ou do tronco encefálico, com dados para apoiar mecanismo hipóxico-isquêmico como a causa da encefalopatia. Pode-se suspeitar de asfixia e razoavelmente incluir a Encefalopatia Hipóxico-isquêmica (EHI) no diagnóstico diferencial quando houver: acidose pré-natal prolongada, FC fetal 60 bpm, Apgar 8804; 3 no 10o minuto ou depois, necessidade de ventilação com pressão positiva por mais de 1 minuto ou primeiro choro com atraso 5 minutos, convulsões nas 12 a 24 horas após o nascimento, padrão de supressão de salva ou atividade de fundo suprimida no EEG ou EEG de amplitude integrada. **Objetivos:** estabelecer a prevalência de EHI em uma UTI Neonatal. **Métodos:** análise de prontuários dos RNs admitidos em uma UTI Neonatal no período de janeiro/2000 a dezembro/2017. Foram incluídos no estudo somente RNs com diagnóstico de EHI que apresentaram crises convulsivas nas primeiras 24 horas de vida. **Resultados:** foram analisados 2302 prontuários no período de estudo, destes, 92 (3,99) apresentaram EHI, sendo que 76 (82,6) receberam alta hospitalar e 16 (17,4) foram a óbito. A idade gestacional variou de mínima: 33 semanas e máxima: 41 semanas (média:39,02 semanas). O peso mínimo foi 2130g e máximo 4800 (peso médio: 3315,7 g). Todos os RNs incluídos neste estudo apresentação convulsão nas primeiras 24 horas de vida no internamento, atribuído ao quadro hipóxico-isquêmico, uma vez que não se encontrou outras causas em exames complementares. **Conclusão:** Convulsões ocorrem em até 50 dos RNs com EHI e geralmente começam dentro de 24 horas, neste estudo ocorreu em 100. As convulsões indicam que a gravidade da encefalopatia é moderada ou grave A taxa de mortalidade neste estudo foi semelhante à encontrada da literatura (20).

PC-028 - Comentador: João Cesar Lyra

HIPOTERMIA PASSIVA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS; Estado: PE

ANA MARIA ALDIN SOUSA OLIVEIRA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); CÉLIA MARIA MATIAS VIEIRA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANA CLÁUDIA FIRMINO DE SOUSA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ÂNGELA DA SILVA VIEIRA DOS SANTOS (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ELAYNE URQUIZA SOARES (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); CLEMENTE JOSÉ DE FREITAS BARACHO FILHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); FERNANDA CORREIA KUNZ BARACHO (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANDRÉA FIREMAN BARROS CORDOVA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANDRÉA SANTOS DE PAULA PORTELA (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO); ANNY ROSSY MASAY RAMOS (REAL HOSPITAL PORTUGUÊS DE BENEFICÊNCIA EM PERNAMBUCO)

Introdução: Hipotermia terapêutica é neuroprotetora em recém-nascido termo ou próximo com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). **Método:** Descrever três casos tratados com protocolo hipotermia passiva (PHP) na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) por EHI moderada a grave. **Caso 1:** RN EMS, parto vaginal, idade gestacional (IG) 39 semanas, Peso 2715g. Nasceu em morte aparente, reanimado, intubado, transferido à UTIN; 3 horas após convulsionou, feito fenobarbital, iniciado PHP. Convulsionou com 24h, repetido fenobarbital. Feito expansões e dobutamina por hipotensão. Suporte ventilatório 15 dias (Extubado 10º dia). Suspenso fenobarbital com 23 dias. Exames: Ressonância magnética de crânio: sem hemorragia ou isquemia. EEG 4º dia: lentificação difusa; 8º dia: possível atividade irritativa anterior e bilateral, 25 dias: normal. Alta com 26 dias sem anticonvulsivantes. **Caso 2:** FMPH, cesariana urgente por descolamento de placenta, IG 39,3 semanas, Peso 2675g. Nasceu em morte aparente, reanimado, intubado, transferido à UTIN, iniciado PHP. Feito expansões e dobutamina por hipotensão. Apresentou distúrbios hidroeletrólíticos e hiperglicemia de difícil controle. Suporte ventilatório 11 dias (Extubado 7º dia). Exames: Ultrassonografia transfontanela (USGTF) no 8º dia: hemorragia intraventricular grau II; Tomografia de crânio: redução difusa da densidade do parênquima, perda da diferenciação da substância branca e cinzenta. EEG no 4 dia: lentificação difusa, no 9º e 23º dias: lentificação de ondas. Durante desmame do fenobarbital apresentou convulsões, associado leveticetam. Alta no 30º dia com anticonvulsivantes. **Caso 3:** VRSO, cesariana por dificuldade de extração, IG 35,6 semanas, Peso 2795g. Nasceu em morte aparente, reanimado, intubado, transferido à UTIN, apresentou convulsões controladas com fenobarbital. Iniciado PHP. Feito expansões e dobutamina por hipotensão. Suporte ventilatório 7 dias (Extubado 5º dia). Suspenso fenobarbital 12º dia de vida. Exames: EEG 6º dia: lentificação e depressão difusa dos potenciais bioelétricos. USGTF 1º dia: aumento da ecogenicidade da substância branca periventricular; 5º dia: normal. Alta com 26 dias sem anticonvulsivantes. **Conclusão:** Hipotermia é um tratamento eficaz na EHI moderada a grave e aumenta cerca de 50 a possibilidade de sobrevivência sem sequelas.

PC-029 - Comentador: Jorge Alberto Venetíkides

COMPETÊNCIAS DE ESTUDANTES DE OBSTETRÍCIA PARA A REALIZAÇÃO DE VENTILAÇÃO DE PRESSÃO POSITIVA EFETIVA EM MANEQUINS NEONATAIS; Estado: RJ

CARLOS DELGADO (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-

PERU); LISSET AGUILAR (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); ANGÉLICA GUERRERO (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); MERCEDES NUÑEZ (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); LISETHE ZAPATA (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); MILAGRO RAFFO (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); ROBERTO SHIMABUKU (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU)

Introdução: O treinamento contínuo e a prática estruturada na reanimação neonatal melhoram a retenção tanto na sala de aula quanto na clínica. No entanto, o desempenho observado em estudantes de graduação, e até mesmo pós-graduação, não é satisfatório. **Objetivo:** O objetivo do estudo foi avaliar as competências das alunas do curso de Obstetrícia de uma Universidade num país de renda média do exterior para realizar ventilação de pressão positiva (VPP) usando manequins de reanimação neonatal. **Resultados:** Trinta e seis alunas voluntárias do 4º ano do curso de Obstetrícia foram avaliadas após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A avaliação foi realizada no final das aulas de Neonatologia utilizando um questionário teórico de três perguntas e com a observação e registro de três habilidades práticas. O instrumento foi previamente validado por 7 neonatologistas. Verificou-se que 86 das alunas aprovaram na teoria e 61 delas aprovaram pelo menos em um critério da prática. No entanto, apenas uma aluna das 36 (3) aprovou em todos os itens de teoria e prática. **Conclusão:** Conclui-se que o desempenho das alunas é insatisfatório e é necessário reforçar as competências para realizar uma VPP efetiva.

PC-030 - Comentador: Jorge Alberto Venetikides

USO ROTINEIRO DO CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL EM HOSPITAL DO INTERIOR RJ; Estado: RJ
JULIANA DE SOUZA FARIA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA); ANA PAULA FERREIRA DA ROCHA (HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA)

Diretrizes atualizadas do American College of Obstetricians and Gynecologists recomendam adiar o clameamento do cordão umbilical por 30 a 60 segundos. O clameamento tardio melhora as reservas de ferro nos primeiros meses, o que melhora o desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental do RN. Realizamos uma pesquisa entre os obstetras do nosso serviço, 27 profissionais, para verificar aderência e justificativa do uso rotineiro do clameamento tardio de cordão umbilical, tempo que esperam, e qual a maior dificuldade para realização e se realizam ordenha de cordão umbilical em direção a mãe. Sobre a importância do clameamento: 62 melhora hematócrito e corrige anemia, 15 não faz, 7 reduz icterícia neonatal, 6 melhora a vitalidade, 6 melhor adaptação do RN, 4 parto bem sucedido. Tempo de espera: 6 3 min, 6 2 min, 38 1 min, 35 ate parar de pulsar, 15 não faz. Dificuldade de realização: 38 condições de nascimento, 11 condições maternas, 34 pediatra contra, 17 não tem dificuldades, Realização de ordenha do cordão umbilical 100 não realizam.

PC-031 - Comentador: José Dias Rego

HIPOTERMIA NA SALA DE PARTO: UM DESAFIO; Estado: SP

MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (EPM-UNIFESP); MANDIRA DARIPA (EPM-UNIFESP); MAYARA BONFIM LOIOLA (EPM-UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM-UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP)

Introdução: A hipotermia é um marcador de qualidade da assistência ao nascer e a sua redução necessitante material e equipamentos adequados, além da sincronia da equipe ao nascimento. **Objetivo:** Analisar a frequência de hipotermia aos 5 minutos de vida (HIPOT-5min), e suas causas, em recém-nascidos prematuros (RNPT) ao longo de 24 meses, de acordo com o peso ao nascer (PN). **Método:** Estudo transversal de RNPT menor 34 semanas de idade gestacional (IG) sem malformações, em 2016-2017. Os RN foram recepcionados por neonatologistas capacitados em reanimação conforme diretrizes da SBP. Comparou-se a frequência de HIPOT-5min (temperatura axilar 36,0°C), conforme o PN (G1: PN1000g e G2: PN8805;1000g) em 4 semestres (P1aP4) por qui-quadrado. Para cada caso de HIPOT-5min, compilaram-se os fatores contribuintes por debriefing. **Resultados:** Foram incluídos 132 RN: 39 com PN1000g (G1: IG-26,8±1,9sem; PN-678±171g) e 93 RN com PN8805;1000g (G2: IG-31,6±1,7sem; PN-1607±398g). A frequência de HIPOT-5min foi similar nos quatro períodos para G1 (P1:33; P2:31; P3:75; P4:33) e G2 (P1:10; P2:18; P3:14; P4:17). Houve aderência às medidas preventivas para G1 e G2 relativas a: sala de parto 23-26°C (69 e 63), sala de reanimação 23-26°C (100 e 100), uso de campos aquecidos (90 e 98), calor radiante (97 e 97), saco plástico (100 e 99), touca plástica (97 e 99) e touca de algodão (100 e 100). Ao debriefing, os fatores relatados para HIPOT-5min foram: saco plástico mal colocado (n=7); hipotermia materna (n=5); extração difícil do conceito, campos não aquecidos (n=4); nascimento no leito, reanimação avançada, posição inadequada sob calor radiante (n=3); grande número de pessoas na sala (n=2); berço não aquecido, não uso da touca plástica, corrente de ar frio, sala de parto 23°C e clameamento tardio (n=1). **Conclusão:** Medidas adicionais devem ser aplicadas em RN1000g para evitar a HIPO-5min, sendo a temperatura adequada da sala de parto um desafio. A análise de cada caso de HIPOT-5min por técnica de debriefing é recurso auxiliar para sua prevenção.

PC-032 - Comentador: José Dias Rego

CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL E O SCORE SNAPPE-II; Estado: PR

CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO/HOSPITAL DO TRABALHADOR); DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO); FERNANDA EHRL (UNIVERSIDADE POSITIVO); LEONARDO MARCON GUEDES (UNIVERSIDADE POSITIVO); LUANA FÁTIMA RAMOS (UNIVERSIDADE POSITIVO); LYGIA MARIA COIMBRA DE MANUEL PETRINI (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: A prematuridade é um dos preditores da mortalidade neonatal. O score SNAPPE significa 'Score for Neonatal Acute Physiology with Perinatal Extension'. Ele considera variáveis como pH sanguíneo e série branca do sangue. Quanto maior a pontuação, maior a severidade do estado do bebê sendo a reanimação um de seus determinantes. **Objetivos e métodos:** Foram analisadas correlações quanto à necessidade de reanimação e os valores do SNAPPE-II, além de suas respectivas taxas de óbito. Os grupos foram divididos pelo grau de complexidade de reanimação na sala de parto: A) sem necessidade de reanimação; B) oxigênio; C) oxigênio e ventilação com pressão positiva (VPP); D) oxigênio, VPP e intubação orotraqueal (IOT); E) oxigênio, VPP, IOT e compressões; F) oxigênio, VPP, EOT, compressões e drogas. Foi feito um estudo retrospectivo que analisou 162 recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP) nascidos em um hospital terciário entre os anos de 2013 e 2016. **Resultados:** Quanto maior o suporte de reanimação necessário em sala de parto, maiores foram as médias dos scores SNAPPE-II (16,33; 25,72; 35,86; 44,13; 56,5 e 61,75 respectivamente para cada grupo). A taxa de óbitos entre os RNPTMBP dos grupos D, E e F foram significativamente maiores (42, 50 e 75) que dos grupos A, B e C (9, 3 e 5). **Conclusão:** Pode-se afirmar, a partir de tal amostragem, que o valor do score SNAPPE-II é diretamente proporcional à complexidade de reanimação ao nascimento. Além disso, quanto maior tal score, maior também é a taxa de óbito neonatal, tornando este score importante ferramenta nos manejos iniciais do recém-nascido.

PC-033 - Comentador: José Dias Rego

CORRELAÇÃO ENTRE A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL E O SCORE CRIB; Estado: PR

CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO/HOSPITAL DO TRABALHADOR); DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO); FERNANDA EHRL (UNIVERSIDADE POSITIVO); LEONARDO MARCON GUEDES (UNIVERSIDADE POSITIVO); LUANA FÁTIMA RAMOS (UNIVERSIDADE POSITIVO); LYGIA MARIA COIMBRA DE MANUEL PETRINI (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: Clinical Risk Index for Babies (CRIB) foi desenvolvido para avaliar o risco de mortalidade em recém nascidos de muito baixo peso (RNMBP) ou com menos de 31 semanas de idade gestacional. A necessidade de reanimação na sala de parto eleva esse score. **Objetivos e métodos:** foram feitas correlações entre

a complexidade de reanimação, valores de CRIB e taxa de óbito em estudo retrospectivo, com amostragem de 162 recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP), nascidos em um hospital terciário entre os anos de 2013 a 2016. O cálculo do CRIB utiliza dados das primeiras 12 horas de vida do RN e atribui pontos para alguns parâmetros resultando em 5 grupos, fornecendo o risco de mortalidade em porcentagem: grupo I, score de 0-5, 8 de mortalidade; II de 6-10, 38; III de 11-15, 70 a 76; IV maior ou igual a 16, 85-90. Os grupos foram separados de acordo com o grau das intervenções na sala de parto: A) não necessitaram de reanimação; B) oxigênio; C) oxigênio e ventilação com pressão positiva (VPP); D) oxigênio, VPP e intubação orotraqueal (IOT); E) oxigênio, VPP, IOT e compressões; F) oxigênio, VPP, EOT, compressões e drogas. Resultados: os RN dos grupos A, B e C obtiveram médias de CRIB classificadas no grupo I (1,64; 2,33 e 1,85; respectivamente), com taxas de mortalidade entre 3 e 9. Aqueles dos grupos D, E e F obtiveram resultados de 6,03; 8,0 e 7,5, respectivamente, sendo classificados todos no grupo II. A mortalidade para estes 3 últimos grupos foi de 42 a 75. Conclusão: RN com maiores intervenções na sala de parto apresentaram scores de CRIB superiores e, consequentemente, maiores taxas de mortalidade. Tal resultado demonstra a correlação entre complexidade da reanimação, valores elevados de CRIB e mortalidade, tornando-a útil ferramenta no manejo inicial do recém-nascido pré-termo.

PC-034 - Comentador: José Henrique Moura

TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL POR SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE ALTA FIDELIDADE PARA RESIDENTES EM NEONATOLOGIA;

Estado: SP

JOICE FABIOLA MENEGUEL OGATA (UNIFESP- EPM); ANA CLAUDIA YOSHIKUMI PRESTES (UNIFESP- EPM); MARIA FLORENCIA CONZI (UNIFESP- EPM); MAYARA BONFIM LOIOLA (UNIFESP- EPM); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (UNIFESP- EPM); DEYSE HELENA FERNANDES CUNHA (UNIFESP- EPM); ANA SILVIA SCAVACINI (UNIFESP- EPM); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (UNIFESP- EPM); RUTH GUINSBURG (UNIFESP- EPM); MILTON HARUMI MIYOSHI (UNIFESP- EPM)

Introdução: A simulação realística de alta fidelidade vem se destacando como técnica de ensino na reanimação neonatal. Objetivo: Comparar, em equipes de residentes em neonatologia, o tempo para iniciar cada manobra de reanimação neonatal em relação ao nascimento, no primeiro e no último treinamento padronizado em simulação realística de alta fidelidade ao longo de um ano. Método: Estudo transversal com 12 residentes de 2º ano em neonatologia (4 equipes de 3 residentes) que participaram do treinamento constituído por 3 sessões de 120 minutos a cada trimestre no período de mar/2016-fev/2017, totalizando 12 sessões, dirigido por facilitadores habilitados. A simulação realística de alta fidelidade foi realizada com manequim neonatal computadorizado (SimNewB, Laerdal). Antes e ao final das 12 sessões de treinamento, cada equipe de três residentes participou do cenário de reanimação de um recém-nascido pré-termo com parto cesárea de urgência por descolamento da placenta, avaliando-se a atuação conforme diretrizes do PRN-SBP 2016. Vídeos foram analisados por facilitadores independentes que cronometraram os tempos para iniciar cada manobra de reanimação em relação ao nascimento. **Resultados:** Os intervalos de tempo dispendidos em média pelas 4 equipes estudadas no início vs. fim do treinamento foram: diferença de tempo (8800); nascimento-término dos passos iniciais 45 vs. 28seg (redução de 37); 8800;nascimento-instalação do sensor de oxímetro 66 vs. 65seg; 8800;nascimento-instalação dos eletrodos do monitor cardíaco 72 vs. 72seg; 8800; nascimento-início da ventilação com máscara 50 vs. 33seg (redução de 34); 8800;nascimento-início da intubação 177 vs. 151seg (redução de 15); 8800;nascimento-início da massagem cardíaca 276 vs. 223seg (redução de 20). **Conclusão:** Houve melhora do tempo para início dos procedimentos de reanimação no decorrer do ano. A simulação realística de alta fidelidade é uma ferramenta auxiliar importante de treinamento para situações em que a coordenação do trabalho em equipe é fundamental para o sucesso, como a reanimação neonatal.

PC-035 - Comentador: José Henrique Moura

TREINAMENTO COM SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE ALTA FIDELIDADE REDUZ O TEMPO PARA EXECUÇÃO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL;

Estado: SP

MARIA FLORENCIA CONZI (EPM-UNIFESP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM-UNIFESP); MAYARA BONFIM LOIOLA (EPM-UNIFESP); ANA CLAUDIA YOSHIKUMI PRESTES (EPM-UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM-UNIFESP)

Introdução: Embora o treinamento em reanimação neonatal com simulação realística de alta fidelidade venha ganhando popularidade como estratégia educacional, a sua eficácia é pouco estudada em nosso meio. Objetivo: Comparar, ao início e ao término de treinamento com simulação realística de alta fidelidade, o tempo para execução de manobras de reanimação neonatal por equipes de profissionais de saúde. Método: Estudo prospectivo, entre ago/2015-jul/2016, de 78 profissionais que formaram 26 equipes constituídas por 2 pediatras e 1 enfermeiro, provenientes de 17 estados das 5 regiões do Brasil e que atuam em sala de parto de maternidades de referência para alto risco. Cada equipe participou de treinamento em simulação realística de 9 horas com manequim neonatal computadorizado (SimNewB, Laerdal) em 8 cenários que incluíam as manobras de reanimação. Os cenários foram gravados e, na filmagem, os tempos cronometrados por dois pesquisadores independentes. A comparação dos tempos de indicação/execução das manobras entre o primeiro e o último cenário foi feita pelo teste não paramétrico de Wilcoxon. Resultados: Para as 26 equipes, observou-se em mediana (variação) os seguintes tempos (segundos) no primeiro vs. último cenário: duração dos passos iniciais [45 (11-128) vs. 21 (4-54) p=0,001]; [delta] recepção do recém-nascido e colocação do sensor de oxímetro [29 (6-56) vs. 19 (7-70); p=0,075]; [delta] indicação e início da ventilação com máscara [9 (3-34) vs. 7 (2-17) p=0,073]; duração da intubação orotraqueal [22 (13-138) vs. 19 (10-32) p=0,038]; e [delta] indicação e início da ventilação com cânula [33 (18-143) vs. 29 (13-121) p=0,493]. Para todas as variáveis, houve diminuição da variação dos tempos ao final do treinamento. Conclusão: O treinamento com simulação realística de alta fidelidade em reanimação neonatal de equipes de pediatras e enfermeiros contribuiu para a redução do tempo de execução das manobras de reanimação neonatal, além de diminuição da variabilidade dos intervalos entre a indicação e a execução das manobras de reanimação.

PC-036 - Comentador: José Roberto Ramos

ESTUDO POPULACIONAL DOS ÓBITOS NEONATAIS ASSOCIADOS À ASFIXIA PERINATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: 2004 A 2013;

Estado: SP

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM/UNIFESP); ADRIANA SAÑUDO (EPM/UNIFESP); MONICA LA PORTE TEIXEIRA (FUNDAÇÃO SEADE/ SP); SOLANGE ANDREONI (EPM/UNIFESP); BERNADETTE CUNHA WALDVOGEL (FUNDAÇÃO SEADE/SP); RUTH GUINSBURG (EPM/UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM/UNIFESP)

Introdução: A terceira “Meta de Desenvolvimento do Milênio” das ONU almeja reduzir as mortes neonatais evitáveis até 2030. Apesar de ter atingido o quarto “Objetivo do Milênio” em 2013, a taxa de mortalidade neonatal no Brasil é de 9,4/1000 nascidos vivos (NV). No Estado de São Paulo (ESP), essa taxa ainda é de 7,5/1000 NV, constituindo-se num grande desafio a redução das mortes neonatais evitáveis, dentre elas a asfixia perinatal. Objetivo: Analisar a evolução das mortes neonatais associadas à asfixia perinatal de 2004-2013, conforme ano do óbito e idade gestacional (IG) no ESP. Método: Estudo populacional dos óbitos com asfixia perinatal ocorridos até 27 dias de vida de 2004-2013 no ESP. Definiu-se asfixia perinatal como presença de hipóxia intraútero, asfixia ao nascer ou aspiração neonatal de mecônio em qualquer alínea da Declaração de Óbito (DO) original (CID 10, OMS). Analisou-se o banco de dados após pareamento da DO com sua respectiva Declaração de Nascido Vivo por vinculação determinística. Os dados foram analisados pela regressão de Poisson. Resultados: De 2004-2013, nasceram 5.825.014 NV com IG 8805;22semanas, peso 8805;500g e sem anomalias congênitas no ESP. Destes, 31.224 morreram de 0-27 dias, dos quais 6.648 (21) decorreram de asfixia perinatal. A taxa de mortalidade neonatal com asfixia reduziu de 1,38 óbitos em 2004 para 0,95/1000 NV em 2013. Em relação a 2004-2007, a queda na mortalidade em 2008-2010 foi de 16,7 (p0,001) e em 2011-2013 foi de 29,5 (p0,001). Quanto à IG, a redução nos dez anos foi significativa (p0,001) em todas as faixas: 22-27semanas- 28; 28-31semanas- 39; 32-36semanas- 63; 37-41semanas- 43 e 8805;42semanas- 80. Conclusão: A mortalidade neonatal com asfixia perinatal reduziu de modo significativo de 2004-2013, em especial nos NV de 32-36semanas. Apesar do decréscimo, políticas públicas direcionadas a gestantes e recém-nascidos são essenciais para diminuir a ocorrência de um óbito neonatal com asfixia a cada dois dias nos NV de 37-41semanas no ESP.

PC-037 - Comentador: José Roberto Ramos

ÓBITOS NEONATAIS ASSOCIADOS À ASFIXIA PERINATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: TEMPO DE SOBREVIDA E VARIÁVEIS EPIDEMIOLÓGICAS DE 2004 A 2013; Estado: SP

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM/UNIFESP); ADRIANA SAÑUDO (EPM/UNIFESP); MONICA LA PORTE TEIXEIRA (FUNDAÇÃO SEADE/SP); SOLANGE ANDREONI (EPM/UNIFESP); BERNADETTE CUNHA WALDVOGEL (FUNDAÇÃO SEADE/SP); RUTH GUINSBURG (EPM/UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM/UNIFESP)

Introdução: A asfixia perinatal consiste-se numa das principais causas de mortalidade neonatal no país. Compreender as variáveis associadas ao tempo de sobrevivida pode auxiliar na elaboração de estratégias que reduzam os óbitos evitáveis por essa causa. **Objetivo:** Analisar tempo de sobrevivida e variáveis epidemiológicas associadas ao tempo de sobrevivida em recém-nascidos (RN) que morreram com asfixia perinatal de 2004-2013 no Estado de São Paulo (ESP). **Método:** Estudo populacional dos óbitos com asfixia perinatal ocorridos até 27 dias de vida de 2004-2013 no ESP. Definiu-se asfixia perinatal como a presença de hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer ou aspiração neonatal de mecônio em qualquer alínea da Declaração de Óbito (DO) original (CID 10, OMS). Analisou-se o banco de dados após pareamento da DO com sua respectiva Declaração de Nascido Vivo por vinculação determinística. Empregou-se curva de Kaplan-Meier para comparar tempo de sobrevivência nos dez anos e modelo de regressão de riscos proporcionais de Cox para determinar variáveis associadas ao tempo de sobrevivida. **Resultados:** De 2004-2013, nasceram 5.825.014 RN com IG 8805;22semanas, peso 8805;500g sem anomalias congênicas no ESP. Destes, 31.224 morreram de 0-27 dias, dos quais 6.648 (21) decorreram de asfixia perinatal. A mediana do tempo de sobrevivida foi de 24,0-27,7 horas ($p=0,40$) ao longo dos dez anos. À análise multivariada, ajustando-se pelo ano, as variáveis associadas ao menor tempo de sobrevivida foram: nascimento fora do município de São Paulo, óbito no mesmo município de nascimento, nascimento não hospitalar, pré-natal com 4 consultas, parto vaginal, IG 22-27semanas, escore Apgar 1º minuto 4, cor/raça branca e sexo feminino. **Conclusão:** Ao contrário do esperado, o tempo de sobrevivência dos RN que evoluíram ao óbito associado à asfixia não aumentou ao longo dos anos, permanecendo o nascimento e as primeiras 24 horas de vida como período mais crítico. As variáveis destacadas apontam para múltiplas oportunidades de intervenção a fim de ampliar a sobrevivência e evitar mortes associadas à asfixia perinatal.

PC-038 - Comentador: Leila Cesário Pereira

PERFIL DOS INTERNAMENTOS NEONATAIS COM ASFIXIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO PARANÁ; Estado: PR

MARCOS NADER AMARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); ÂNGELA MARIA BARBOSA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); PAULA MOTTA DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); JAMILA GABRIELLE GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); PAOLA SCHWAB (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); VALÉRIA CRISTINO DA SILVA AMARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS)

Introdução: A asfixia perinatal se apresenta como uma das principais causas de mortalidade neonatal. O boletim de Apgar é ainda muito útil na ressuscitação do recém-nascido (RN), quando aplicada no primeiro e no quinto minuto de vida, ou seja, estabelecendo o diagnóstico e o prognóstico, respectivamente. **Objetivos e Métodos:** Traçar o perfil dos neonatos de alto-risco internados em Unidade de terapia Intensiva Neonatal (UTIN), segundo o Grau de Hipóxia Cerebral. Estudo documental, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, no qual foram avaliados os 120 prontuários de neonatos internados em uma unidade neonatal, no ano de 2017. As variáveis estudadas foram: gênero; idade gestacional; nota do apgar do primeiro minuto; e o desfecho. Foi utilizado o programa Excel® 2013 para tabulação dos dados estatísticos. **Resultados:** A média da idade gestacional (IG) foi 33,1 semanas com desvio-padrão $\pm 5,0$. A mínima foi 23 e a máxima 41,2 semanas. O predomínio foi do sexo masculino (59,1). Sessenta e cinco por cento sofreram algum grau de hipóxia, sendo que 53,4 considerada hipóxia moderada à grave. Aproximadamente 80 receberam alta, sendo que 5 destes apresentaram algum grau de seqüela. Dos 20,9 dos pacientes que evoluíram para o óbito aproximadamente 5 foram devido à hipóxia ou complicações decorrentes. **Conclusões:** Apesar da asfixia neonatal ainda ser um grande problema nas UTIN, o atendimento adequado é o responsável pelo baixo índice de seqüelas e mortalidade dentro deste serviço de UTIN.

PC-039 - Comentador: Leila Cesário Pereira

IMPORTÂNCIA DA ASFIXIA PERINATAL NA MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE; Estado: PR

LUCIANA CHAMPION (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ); SUZANA ELISA VIECILI TOGOME (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ); ACÁCIA MARIA LOURENÇO FRANCISCO NASR (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ/ UFPR); GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA BRÍGIDA); MARIA LUIZA SOUZA NIETO (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: Aproximadamente, a cada ano, 4 milhões de crianças morrem no primeiro mês de vida devido à prematuridade, infecções e asfixia perinatal, sendo que esta última causa corresponde a 23 destes casos e é um tipo de morte evitável. **Objetivos e métodos:** Avaliar a contribuição e subnotificação da anóxia perinatal nos óbitos neonatais e descrever seus principais desencadeantes quando a asfixia não foi selecionada como causa básica do óbito. Para esse fim foi feito um estudo quantitativo, de análise retrospectiva e descritiva, utilizando o banco de dados do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade do Paraná), preservando os dados primários, analisados em todas as patologias nos atestados de óbitos neonatais ocorridos no Paraná em 2016 por residência, independente se eram classificadas como causa básica, consequencial, terminal ou contribuinte. Analisou-se a frequência com qual a anóxia aparecia na declaração de óbito como causa associada comparando com a causa básica. Foram excluídos os menores de 22 semanas e 400 gramas ou com anomalia congênita incompatível com a vida. **Resultados:** O número absoluto de óbitos neonatais em 2016 no Paraná foi de 1139 sendo que destes, 36 apresentavam asfixia perinatal com causa básica no atestado de óbito e 110 como causa associada. Avaliando a mortalidade somente sob o enfoque da causa básica, que é a padronização hoje existente, a contribuição da anóxia perinatal para a mortalidade neonatal será subestimada. **Conclusão:** Para conhecer a real contribuição da anóxia perinatal como causa de óbito é necessário avaliar todas as linhas da declaração de óbito. Devido a sua complexidade, o panorama da anóxia perinatal na mortalidade seria melhor compreendido se estudos de causas múltiplas fossem associados ao modelo padronizado atualmente. Assim, os dados epidemiológicos de cada Estado devem ser usados para treinamento em Reanimação Neonatal dos profissionais de saúde, para diminuição de índices de mortes evitáveis.

PC-040 - Comentador: Leila Cesário Pereira

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO DE HOSPITAL ESCOLA DE CURITIBA RELACIONADO A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL; Estado: PR

CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO, HOSPITAL DO TRABALHADOR); DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO); FERNANDA EHRL (UNIVERSIDADE POSITIVO); LEONARDO MARCON GUEDES (UNIVERSIDADE POSITIVO); LUANA FATIMA RAMOS (UNIVERSIDADE POSITIVO); LYGIA MARIA COIMBRA DE MANUEL PETRINI (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: Para que ocorra diminuição da morbimortalidade neonatal relacionado à asfixia perinatal, entre outros fatores, é preciso uma boa e imediata reanimação neonatal. A necessidade desses procedimentos é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso ao nascer. **Objetivos e métodos:** Foram analisados os perfis dos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) em um hospital terciário entre os anos de 2013 e 2016, totalizando 162 prontuários. Os grupos foram divididos em: A) sem necessidade de reanimação; B) oxigênio; C) oxigênio e ventilação com pressão positiva (VPP); D) oxigênio, VPP e intubação orotraqueal (IOT); E) oxigênio, VPP, IOT e compressões; F) oxigênio, VPP, IOT, compressões e drogas. **Resultados:** Entre os 162 recém-nascidos, 19,1 (31) não precisaram de reanimação na sala de parto, enquanto 47,5 (77) necessitaram de VPP, O2 e EOT e apenas 2,4 (4) necessitaram de O2, VPP, IOT, compressões e drogas. Dos que não necessitaram de reanimação

(A) 45,1 (14) eram do sexo masculino, enquanto daqueles que necessitaram de algum tipo de medida (grupo B, C, D, E, F) 58,7 (77) eram meninos. Com relação ao tipo de parto, o número de cesarianas foi de 67,7 (21) no grupo A, 71,4 (20) no grupo B, 80 (16) no grupo C, 61 (47) no D, 50(1) no E e de 100 (4) no F. Já com relação ao desfecho, pode ser destacado o número de óbitos nos grupos D de 42 (33), no E de 50 (1) e F de 75 (3). Conclusão: Pode-se afirmar, a partir dos dados obtidos, que o método de reanimação mais utilizado foi de VPP, O2 e IOT. Procedimentos considerados de maior complexidade foram mais presentes no sexo masculino, grupo correspondente às maiores taxas de mortalidade.

PC-041 - Comentador: Lêni Márcia Anchieta

LACTATEMIA E NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO EM RNMBP; Estado: PR

CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO, HOSPITAL DO TRABALHADOR); DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO); FERNANDA EHRL (UNIVERSIDADE POSITIVO); LEONARDO MARCON GUEDES (UNIVERSIDADE POSITIVO); LUANA FATIMA RAMOS (UNIVERSIDADE POSITIVO); LYGIA MARIA COIMBRA DE MANUEL PETRINI (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: A dosagem de lactato arterial é usada para detectar precocemente injúria tissular, já que tal substância resulta do metabolismo anaeróbio e, se elevada, pode sugerir gravidade do quadro do neonato. Segundo a literatura, neonatos com lactato 4,2mmol/L têm elevada chance de morte nas primeiras 72 horas de vida. **Objetivos e métodos:** Foram analisadas correlações quanto à necessidade de reanimação, os valores da primeira dosagem de lactato e os desfechos clínicos de 162 recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP). Os neonatos foram separados de acordo com complexidade de reanimação realizada na sala de parto: A) sem necessidade de reanimação; B) oxigênio; C) oxigênio e ventilação com pressão positiva (VPP); D) oxigênio, VPP e intubação orotraqueal (IOT); E) oxigênio, VPP, IOT e compressões; F) oxigênio, VPP, EOT, compressões e drogas. Os dados foram obtidos a partir de um estudo retrospectivo em um hospital terciário entre os anos de 2013 e 2016. **Resultados:** As médias da primeira dosagem de lactato ao nascer foram semelhantes nos RN's dos grupos A e B (3,47 e 3,11). Os grupos C e E tiveram médias de 4,93 e de 4,25 respectivamente. As maiores médias de tais dosagens foram dos grupos D (6,57) e F (8,34). As taxas de óbito foram maiores nos grupos D, E e F (42, 50 e 75 respectivamente). **Conclusão:** Houve correlação com a elevação mais significativa do lactato arterial quanto mais complexo o grau de reanimação recebida em sala de parto. Os grupos que receberam reanimação avançada tiveram maiores valores de lactato (média de 6,38mmol/L) e maior taxa de óbitos (44,57).

PC-042 - Comentador: Lêni Márcia Anchieta

O PAPEL DA SIMULAÇÃO NO APRENDIZADO DE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL; Estado: PR

ERICA PEDRI (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GIOVANNA CORREA FONTOURA (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); VITORIA DIANA MATEUS DE ALMEIDA GONÇALVES (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); BEATRIZ PYRICH CAVALHEIRO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); MARIANA XAVIER (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GISLAYNE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

INTRODUÇÃO: A simulação clínica é essencial para o aprendizado de técnicas de ressuscitação neonatal. A aquisição dessas habilidades é tão importante quanto a da comunicação, principalmente tratando-se de más notícias. **OBJETIVOS E MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiência que visa descrever o processo de ensino-aprendizagem em comunicação de más notícias do atendimento de reanimação neonatal através de simulações. **RESULTADOS:** Primeiramente os alunos participaram de uma aula teórica na qual foram abordados temas como: comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES, cessação dos esforços de ressuscitação e tempo máximo de reanimação. Em outro momento, ocorreu uma simulação de atendimento ao recém-nascido que resultava em morte do paciente e o estudante deveria explicar a situação ao ator responsável, comunicar o óbito e acolhe-lo em suas dúvidas e angústias. Em seguida, o aluno deveria preencher o atestado de óbito e revisar o atendimento com a equipe. O treinamento envolveu o cuidado no uso de termos médicos ao conversar com o responsável e ressaltou a necessidade de transmitir a mensagem de maneira clara, sincera e delicada, levando em conta o peso desse momento na vivência e posterior resolução do luto da família. Também foi abordado o papel da comunicação não verbal em situações emotivas, considerando que, através dela podem-se transmitir mensagens tão significativas quanto as transmitidas por palavras. A percepção de reações e sentimentos em circunstâncias de estresse emocional encorajou uma reflexão sobre ferramentas de autocuidado e suporte que cada aluno deveria desenvolver para o próprio enfrentamento da morte e perdas. Embora a simulação não supere situações reais de atendimento, notou-se uma abordagem integral das ocorrências e maior confiança dos futuros profissionais em tais casos. **CONCLUSÃO:** Apesar da instrução teórica prévia, os alunos encontraram dificuldades de comunicação verbal e não verbal durante a simulação e, além disso, destacaram seus desafios pessoais. Com isso, foi observado que a simulação ultrapassa os objetivos de aprendizagem teóricos.

PC-043 - Comentador: Lêni Márcia Anchieta

RELATO DE CASO DE UM TRANSPORTE DE RECÉM NASCIDO (RN) E SUAS CONSEQUÊNCIAS; Estado: PR

FERNANDO COZER BANDEIRA (FACULDADE ASSIS GURGACZ); ANA CAROLINA GOYOS MADI MADI (HOSPITAL SAO LUCAS FAG); ANA PAULA COZER BANDEIRA COZER BANDEIRA (HOSPITAL SAO LUCAS FAG); CAROLINA MIE SATO MIE SATO (HOSPITAL SAO LUCAS FAG); IDERALDO CAMPAGNOLO JUNIOR CAMPAGNOLO JUNIOR (HOSPITAL SAO LUCAS FAG); MONICA BARK CORREA BALDEZ (HOSPITAL SAO LUCAS FAG)

Introdução: O período neonatal compreende um dos períodos de maior risco de mortalidade infantil, com doenças muitas vezes rapidamente progressivas. Garantir que o RN seja assistido da melhor forma possível, engloba em muitos casos, transporte adequado para serviços especializados. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente transferido inter-hospitais, visando ressaltar como a falta de planejamento e infra-estrutura no transporte pode colocar em risco a vida do paciente. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, e retrospectivo cujas informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário. **Relato de caso:** RN a termo, meconiado, Apgar 6/9, peso de nascimento 3560g. Deu entrada na UTI neonatal proveniente de outro serviço, encaminhado por desconforto respiratório progressivo, gemência, cianose e distensão abdominal. Foi admitido sem passagem do caso para o plantonista da UTI neonatal, com transporte fora das diretrizes da Sociedade Brasileira de Neonatologia, ou seja, sem acesso venoso, sem via aérea adequada, clinicamente instável, sem suporte ventilatório. A má assistência no transporte resultou em maior risco de vida ao RN pois paciente evoluiu com perfuração gástrica com necessidade de laparotomia de urgência. **Conclusão:** O sucesso do transporte neonatal deve envolver avaliação de riscos e benefícios, equipe bem treinada, planejamento rigoroso, seguindo de preferências as dez etapas propostas pelas Diretrizes de Transporte do Recém- Nascido de Alto Risco da Sociedade Brasileira de Pediatria, visando sempre a segurança do paciente e o melhor desfecho possível.

PC-044 - Comentador: Lícia Oliveira Moreira

TREINAMENTO EM SERVIÇO E ASSISTÊNCIA NEONATAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA; Estado: RJ

CAROLINA RODRIGUES FONSECA (UNIFESO); IZABELA RODRIGUES FONSECA (UNIFESO); ANA PAULA SAPIENZA CITTADINO (UNIFESO); CLÁUDIA DA SILVA CORRÊA (UNIFESO); SIMONE RODRIGUES (UNIFESO)

INTRODUÇÃO: O treinamento em serviço é o primeiro passo para uma assistência neonatal de qualidade. Uma vez que, para realizá-la de maneira eficiente se faz necessário uma equipe devidamente capacitada. **OBJETIVOS E MÉTODOS:** Relatar a experiência do treinamento realizado com a equipe multidisciplinar, de uma maternidade escola. O treinamento foi oferecido de forma facultativa para a equipe com fornecimento do material didático disponível no site da Sociedade Brasileira de Pediatria. O quantitativo formado foi dividido em oito turmas sob tutela de dois instrutores, com aplicação de pré-teste para análise dos conhecimentos prévios. **RESULTADOS:** A equipe é composta por 35 pessoas contando com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos residentes de pediatria. Dos 10 médicos da unidade neonatal, 3 estavam de férias, 1 assistiu parcialmente e não realizou o pré-teste e 3 não compareceram, com uma abrangência de 40. Já em relação aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, de um total de 19, não compareceram 4, sendo que 2 estavam de férias, com uma abrangência de 78,9. Todos os residentes estavam presentes. Na equipe médica, as principais fragilidades foram o significado do minuto de ouro e a técnica da massagem cardíaca. Entre os enfermeiros e técnicos o tempo de clampamento do cordão e técnica da massagem. Já entre os residentes o significado do minuto de ouro e indicação dos passos iniciais da reanimação. **CONCLUSÃO:** Esse treinamento esbarra em alguns fatores que dificultam a sua realização como a presença de um profissional capacitado para ministrá-lo e disponibilização de material e espaço físico.

PC-045 - Comentador: Lícia Oliveira Moreira**VIABILIDADE DA MONITORIZAÇÃO CARDÍACA COM ELETRODOS E DA LEITURA DA FREQUÊNCIA CARDÍACA NEONATAL NA SALA DE REANIMAÇÃO; Estado: SP**

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM/UNIFESP); MAYARA BONFIM LOIOLA (EPM/UNIFESP); ALESSA NUNES MANTOVAN (EPM/UNIFESP); ALINE DA COSTA BRIGGS (EPM/UNIFESP); ANA PAULA CRUZ DE CASTRO LEÃO (EPM/UNIFESP); MAIANA DARWICH MENDES (EPM/UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM/UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM/UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM/UNIFESP)

Introdução: A frequência cardíaca (FC) é o principal indicador do sucesso das manobras de reanimação neonatal. Ausculta cardíaca por estetoscópio, palpação do cordão e oximetria de pulso subestimam a FC, aumentando o risco de manobras desnecessárias. Objetivo: Determinar a viabilidade da monitorização cardíaca elétrica em recém-nascidos (RN) que recebem ventilação com pressão positiva (VPP) ao nascimento. Método: Estudo prospectivo dos RN que receberam VPP ao nascer de março/2016-dezembro/2017 em hospital universitário. Os RN foram atendidos por equipe liderada por neonatologista e capacitada em reanimação (Diretrizes-SBP; 2016). Uma vez indicada VPP, um dos membros da equipe era designado para instalar 3 eletrodos do monitor cardíaco Dixtal® DX2022, previamente separados, e fixá-los com bandagem elástica. Analisaram-se: características demográficas neonatais, uso do monitor cardíaco de três vias e sucesso na leitura da FC com monitor. Regressão logística foi aplicada para verificar variáveis associadas à falha no processo (não colocação dos eletrodos ou não obtenção da leitura). **Resultados:** No período, nasceram 1286 RN e 193 (15) receberam VPP ao nascer. Características dos 193 RN: 56 masculinos; 28 peso ao nascer 1500g; 11 idade gestacional 28 semanas; 19 Apgar 1º minuto 0-2. Nos 193 RN, o monitor foi usado em 146 (76), com sucesso de leitura em 121 (83) e falha em 25 (17). Dos 47 não monitorizados, 16 (34) começaram a respirar no 1º ciclo da VPP antes da monitorização, em 27 (57) o monitor estava indisponível e 4 (9) tiveram falha de aderência. Ajustadas por variáveis de confusão, os seguintes fatores foram protetores para falhas no processo de monitorização: IG 28sem (OR 0,26; IC95 0,06-1,17) e Apgar 1º minuto 0-2 (0,30; 0,10-0,91); Hosmer-Lemeshow; p=0,853. **Conclusão:** A monitorização cardíaca elétrica em RN com diversos graus de vitalidade e submetidos a VPP ao nascer é factível. Associam-se à diminuição de falha no processo de monitorização cardíaca: prematuridade extrema e baixo Boletim de Apgar no 1º minuto.

PC-046 - Comentador: Lícia Oliveira Moreira**MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL: MUDANÇAS NO PERÍODO DE 15 ANOS; Estado: SP**

MANDIRA DARIPA (EPM-UNIFESP); MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (EPM-UNIFESP); RITA DE CÁSSIA XAVIER BALDA (EPM-UNIFESP); DANIELA TESTONI (EPM-UNIFESP); MAYARA BONFIM LOIOLA (EPM-UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM-UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP)

Introdução: Modificações das diretrizes nacionais e internacionais da reanimação neonatal podem ter impacto na assistência ao recém-nascido (RN) na sala de parto. Objetivo: Avaliar as manobras de reanimação realizadas ao nascimento, conforme idade gestacional (IG) nos últimos 15 anos. Método: Estudo prospectivo dos nascidos vivos com IG 22 semanas entre 2003-2017 sem malformações. Verificou-se a realização de manobras de reanimação conforme IG (semanas): G1=23-27, G2=28-33 e G3=34-42 nos períodos P1=2003-2010 e P2 2011-2017. Avaliou-se uso de: O2 inalatório (O2inal), ventilação com pressão positiva apenas com balão e máscara (VPP-BM), VPP por cânula (VPP-IOT) e reanimação avançada (VPP com massagem cardíaca e/ou medicações (ReanAv). A frequência das manobras foi comparada entre períodos e faixas de IG por qui-quadrado. Resultados: Nasceram em P1 6804 RN (G1-103; G2-552; G3-6149) e em P2 4599 RN (G1-99; G2-396; G3-4108). A frequência de reanimação foi similar entre P1 vs. P2 no G1 (95vs. 90). No G2 e G3, a reanimação foi menos frequente em P2: G2(P1-79 vs. P2-47; p0,001) e G3(P1-48vs. P2-11; p0,001). A comparação P1 vs. P2 no G1 mostrou, em P2, uso mais baixo de O2inal (12 vs. 1; p=0,005), uso similar de VPP-BM (9 vs. 16) e VPP-IOT (6,8vs. 5,0) e menos ReanAV (22vs. 6; p=0,002). No G2, notou-se redução de O2inal (34 vs. 2; p0,001), uso similar de VPP-BM (21 vs. 21), de VPP-IOT (2,2vs. 2,8) e de ReanAV (3,3vs. 2,8). No G3, houve diminuição de O2inal (35vs. 0,7; p0,001), de VPP-BM (11vs. 8; p0,001) e de VPP-IOT (0,3vs. 0,2; p=0,008), sem diferença na ReanAV (0,3vs. 0,2). **Conclusão:** A partir de 2011, o uso de O2 inalatório ao nascimento foi desaparecendo em toda população estudada e a frequência de ventilação por cânula traqueal diminuiu naqueles com IG maior ou igual a 34 semanas.

PC-047 - Comentador: Marcia Penido**USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM ÁREAS REMOTAS; Estado: RJ**

CARLOS DELGADO (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); ENRIQUE GÓMEZ (UNIVERSITY OF KENTUCKY, DEPARTMENT OF PEDIATRICS, DIVISION OF NEONATOLOGY, LEXINGTON, KY, 40506, USA); JAVIER SILVA (UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. MAESTRÍA EN INFORMÁTICA MÉDICA, LIMA-PERÚ); PABLO VELÁSQUEZ (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); VÍCTOR SÁNCHEZ (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); ROBERTO SHIMABUKU (UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. FACULTAD DE MEDICINA-GRUPO DE INVESTIGACIÓN NEO, LIMA-PERU); LUIS HUICHO (UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MATERNA E INFANTIL (MAMAWAWA))

Introdução: O treinamento em reanimação neonatal através do uso de Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) em computadores, tablets ou telefones celulares pode aumentar o acesso e atualização contínua em áreas remotas.

Objetivo: Descrever as NTIC utilizadas em áreas remotas de um país de renda média, bem como as características desse uso.

Resultados: Participaram 283 pessoas e 65 dos participantes completaram o treinamento. As equipes treinadas incluíram médicos, enfermeiras, obstetras e técnicos de enfermagem. As equipes trabalham atendendo partos em 6 centros selecionados em regiões localizadas a 600 e 1100 km da capital do país. A intervenção é parte de um ensaio randomizado por conglomerados que está em andamento. O final do estudo está previsto para setembro 2018. As NTIC foram oferecidas para teste e download através de um website, incluindo um exame on-line, simulação de cenários feitos com software gratuito Quandary (Half-Baked software Inc., Canada), vídeos convencionais e um vídeo 360° de realidade virtual (VR) para ser assistido usando óculos VR. O exame on-line exigiu conexão com a internet e a aprovação neste foi pré-requisito para a prática guiada com a presença de um instrutor. Durante três meses da intervenção, o site teve um fluxo médio de 363 visitantes/mês. Os participantes entraram no site usando principalmente o navegador Google Chrome. O uso de plataformas móveis foi mínimo (0,24). Nos fins de semana houve menor fluxo de visitas no site. O tempo médio requerido desde a data do cadastro no site até a data da aprovação no exame on-line foi de 4 dias (DS 4.7), e até a data na aprovação da prática guiada foi de 10 dias (DS 5.9). **Conclusão:** Conclui-se que é possível elaborar ferramentas para treinamento em reanimação neonatal e torná-las acessíveis em regiões distantes usando NTIC de baixo custo em um país de renda média.

PC-048 - Comentador: Marcia Penido**FATORES RELACIONADOS À TEMPERATURA DE ADMISSÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL; Estado: RJ**

NATASHA TOENJES GOLDMAN BIRMAN COHEN (IFF - FIOCRUZ); LAURA LIMA FONSECA FAGUNDES (IFF - FIOCRUZ); CYNTHIA AMARAL MOURA SA PACHECO (IFF - FIOCRUZ); ANA BEATRIZ SOUZA MACHADO (IFF - FIOCRUZ); PÂMELLA NOWASKI LUGON (IFF - FIOCRUZ); THAISSA CASAGRANDE DE MESQUITA (IFF - FIOCRUZ); JOYCE MARQUES DA SILVA ROBALINHO RODRIGUES (IFF - FIOCRUZ); FELIPE LEITE FAGUNDES (UFRJ)

INTRODUÇÃO: Sabe-se que a hipotermia é um fator de risco para pior prognóstico em recém-nascidos a termo e prematuros. Por isso, é importante manter temperatura entre 36,58304;C e 37,58304;C desde o nascimento até a admissão em alojamento conjunto ou unidade de terapia intensiva (UTI).

OBJETIVOS E MÉTODOS: Este trabalho tem o objetivo de identificar possíveis fatores relacionados à temperatura de admissão de recém-nascidos em uma UTI neonatal. Para a amostra, foram considerados dados coletados em partos de recém-nascidos com até 37 semanas de idade gestacional no período de agosto a dezembro de 2017, sendo estas: temperaturas materna, da sala de parto, do recém-nascido até o 5º minuto de vida, da incubadora de transporte e de admissão na UTI neonatal, bem como peso ao nascer, Apgar de 1º e 5º minutos e tempo de internação. A temperatura de admissão na UTI foi utilizada como variável resposta para elaboração de um modelo de regressão linear múltipla, enquanto os demais dados como possíveis variáveis explicativas. **RESULTADOS:** Foram analisados dados de 32 recém-nascidos, com idade gestacional de (32,0±3,8) semanas. A temperatura média materna foi (36,1±0,6)8304;C, a da sala de parto (24,9±1,6)8304;C (recomendado: 23 a 268304;C), a da incubadora de transporte (35,7±1,9)8304;C (recomendado: 35 a 378304;C) e do recém-nascido na admissão (35,5±0,9)8304;C. Apenas 28 dos recém-nascidos foram admitidos com temperatura acima de 368304;C. No modelo, o Apgar de 1º minuto, a temperatura da mãe e da incubadora de transporte demonstraram ser variáveis significativas para explicar a temperatura de admissão dos recém-nascidos na UTI (p0,05). **CONCLUSÃO:** A temperatura materna e da incubadora de transporte são variáveis significativas para explicar a temperatura de admissão dos recém-nascidos na UTI, sendo importante o seu controle para minimizar o risco de hipotermia. É essencial que os serviços registrem as informações e tomem medidas para melhorar o seu controle.

PC-049 - Comentador: Lilian dos Santos R. Sadeck

CATERIZAÇÃO X PUNÇÃO DA VEIA UMBILICAL NA SALA DE PARTO NO INTERIOR DE RONDÔNIA; Estado: RO
LUCIANE BERTI (CLINICA DA CRIANÇA); IARA SILVA (CLINICA DA CRIANÇA)

No interior de Rondônia onde a reanimação neonatal ainda não atingiu toda a classe médica e profissionais da enfermagem da sala de parto e onde os mesmos veem limitados a não realização da cateterização, por falta de habilidade técnica e principalmente por medo de iatrogenia, esta técnica pode vir a ser uma 'OPÇÃO DE ACESSO' para realizar procedimentos venosos na sala de parto. A punção umbilical (acesso periférico da veia umbilical) utilizada na emergência da sala de parto é um modo, prático, rápido, eficaz que pode ser realizado pela equipe de enfermagem ou pelo médico que não estejam habilitados ou tem medo de realizar a cateterização umbilical, uma vez que a punção é um ACESSO PERIFÉRICO FÁCIL, de uma veia profunda. A punção da veia umbilical é realizada na porção externa do coto umbilical com assepsia local e cateter (jelco nº 24) a qual fazemos a punção periférica de uma veia umbilical exposta no coto. A fixação deste acesso é realizado por amarração com fios, onde os mesmos são circundados no coto umbilical fixando o cateter que fica exposto para a realização dos procedimentos. A nossa experiência em reanimação deixa claro que quando expomos ao profissional uma possibilidade do acesso periférico da veia umbilical, 'COMO UM PLANO B' em relação a cateterização somos recebidos quase que como ÉXTASE pelos profissionais não deixando dúvida que a insegurança da cateterização e o medo da iatrogenia tem limitado os profissionais levando o insucesso da técnica e posteriormente a falha na reanimação.

PC-050 - Comentador: Lilian dos Santos R. Sadeck

ANÁLISE DOS RECÉM-NASCIDOS QUE APRESENTARAM ASFIXIA NEONATAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO; Estado: SP
SIMONE HOLZER DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); ISABELLA TOMÉ SANT'ANNA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); NATHALIA CARVALHO BALDAVIRA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); GLEISE APARECIDA MORAES COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); MILENE SAORI NAKAMA KASSAI (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); CIBELE WOLF LEBRÃO (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); MONICA CARNEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); VIVIAN TACIANA SIMIONI SANTANA (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO)

INTRODUÇÃO: Asfixia neonatal é um evento grave e relacionada a alta taxa de mortalidade ou sequelas. **OBJETIVO:** Avaliar casos de asfixia neonatal, correlacionando-os às variáveis maternas e ao desfecho. **MÉTODO:** Estudo observacional retrospectivo de 14 RN (recém-nascidos), 8 termos e 6 pré-termos, que necessitaram de cuidados intensivos, nascidos em 2017. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa. As quantitativas por mediana, valores interquartis e respectivos intervalos de confiança, conforme teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Para analisar as variáveis qualitativas foi utilizado o teste de Qui-quadrado. Para a associação SNAP-PE e desfecho o teste de Mann-Whitney. O nível de significância p0,05. O programa estatístico foi Stata 11.0. **RESULTADOS:** A patologia materna mais comum foi a Amniorrexe (23), seguida de Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e Diabetes Mellitus (DM), ambas com 15. 92 negaram vícios. O corticoide antenatal foi utilizado por 23. O parto normal ocorreu em 57. Durante a reanimação todos os RN necessitaram de Intubação Orotraqueal com Ventilação por Pressão Positiva, 3 massagem cardíaca e 1 drogas. A gravidade foi avaliada pelo SNAP-PE, com mediana de 22,5. Dos RN termos 5 tiveram indicação para o Protocolo de Hipotermia sendo que 2 completaram o procedimento, os demais interromperam por intercorrências relacionadas. 25 apresentaram Edema Cerebral, 91 Encefalopatia Hipóxica Isquêmica (EHI), 28 Hemorragia Periventricular e 50 Crises Convulsivas, sendo que 57 necessitaram de anticonvulsivantes, o exame de ultrassonografia transfontanela foi o principal meio de acompanhamento destes RN. 42 evoluíram para óbito e 57 receberam alta médica, com tempo médio de internação de 4,1 semanas. **CONCLUSÃO:** A amniorrexe, DHEG e DM foram as doenças maternas mais associadas a asfixia perinatal, a maioria dos RN desenvolveram EHI e boa parte evoluiu ao óbito. A necessidade das manobras de reanimação seguiram as frequências encontradas na literatura.

PC-051 - Comentador: Lilian dos Santos R. Sadeck

SUCESSO TERAPÊUTICO EM PREMATURO EXTREMO: RELATO DE CASO; Estado: SC
LUIZA GABRIEL BARBIERO (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL)); ROZANE GOLIN GABRIEL BARBIERO (UNIMED CHAPECO); MARTA FORMOSO GOLDSCHMIDT (UNIMED CHAPECO); MAURICIO SCHAEFFER GHIZONI (UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA (UNISUL))

Introdução: A sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNPT), demonstra estrutura e a qualidade do cuidado antenatal. As padronizações das medidas de reanimação neonatal tornaram-se essenciais no atendimento dos RNPT e garantem o sucesso terapêutico dos pacientes. **Objetivo:** avaliar o atendimento de RNPT extremo em serviço hospitalar. **Métodos:** Análise de prontuários. **Resultado:** R.B. RN de 26 semanas + 6 dias, nascido de parto cesáreo por pré-eclampsia grave, restrição de crescimento intrauterino e oligoamnio, Apgar 5/8, peso 480g, comprimento 35cm, no atendimento na sala de parto RN foi recebido em campos aquecidos e sala de parto previamente aquecida, colocado em berço de reanimação envolto por cobertura oclusiva de polietileno (sem secar), e toca dupla cobrindo todo o couro cabeludo, então estabeleceram-se as primeiras medidas de estabilização e avaliação, com resultado de Frequência Cardíaca(FC) 86bpm SPO2 54 em MMSS direito, iniciada ventilação de pressão positiva (VPP) (primeiros 60 segundos) com ventilador mecânico manual em T com O2 a 30 (monitorização da FC por monitor cardíaco com três eletrodos) que resultou FC 177 bpm, SPO2 de 82, realizada a intubação oro traqueal com tubo traqueal 2,5, injetado surfactante via tubo na sala de parto, após estabilização paciente transferido para UTI neonatal do próprio serviço. Ao ser admitida na UTI SPO2 96, Temperatura de 36,2 C, em ventilação mecânica modo Pressão controlada assistida (PC-AC), FIO2 30, Frequência respiratória 40, pressão positiva expiratória final (PEEP) 5, realizado cateterismo umbilical com boa permeabilidade. Após os primeiros cuidados de reanimação garantindo o minuto ouro, paciente manteve-se internado por 111 dias onde obteve alta hospitalar em ótimas condições e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** O risco de mortalidade e morbidade, incluindo a lesão do sistema nervoso central, durante estabilização, reanimação e transporte do RNPT ao nascimento é muito grande, assim medidas padronizadas para o atendimento desses são fundamentais para o sucesso terapêutico desses pacientes.

PC-052 - Comentador: Luis Eduardo Vaz Miranda

A HORA DE OURO NA ASSISTÊNCIA AO PREMATURO E O IMPACTO NO PROGNÓSTICO EM CURTO PRAZO; Estado: SP
ANDREIA CRAVEIRO FRANCO (UNESP - BOTUCATU); JOÃO CESAR LYRA (UNESP-BOTUCATU); MARIA REGINA BENTLIN (UNESP-BOTUCATU);

LETICIA DIAS BERRIEL (UNESP- BOTUCATU); LIGIA MARIA S.S. RUGOLLO (UNESP-BOTUCATU)

Introdução: Mudanças importantes ocorreram nos últimos anos em relação à assistência aos prematuros de muito baixo peso (PT-MBP), em especial na primeira hora de vida. **Objetivos:** Descrever as mudanças na assistência neonatal na primeira hora de vida nos últimos 8 anos e comparar os primeiros e últimos biênios deste período em relação à reanimação em sala de parto, suporte respiratório e o impacto sobre as taxas de displasia broncopulmonar (DBP) e óbito precoce em PT-MBP. **Métodos:** Estudo observacional transversal. Incluídos PT com peso ao nascer (PN) 1500g. Excluídos óbitos em sala de parto e malformações maiores. Para comparação foram analisados 2 biênios: 2010-2011 (P1) e 2016-2017 (P2). Variáveis avaliadas: PN, idade gestacional (IG), procedimentos de reanimação, Apgar de 5º min, hipotermia, suporte respiratório inicial, diagnóstico de DBP (necessidade de oxigênio com 36 sem de idade corrigida) e óbito na primeira semana de vida. Resultados analisados pelos testes qui-quadrado e teste T de student ou Mann-Whitney (945;=0,05). **Resultados:** Estudados 151 PT no P1 e 129 no P2 (PN médio=1080g/IG média=29 sem), sem diferenças entre os 2 períodos com relação ao PN, IG e Apgar. Em relação à reanimação: uso de oxigênio inalatório*: 52 vs 0,8; intubação: 30 vs 24; uso do ventilador manual em T*: 1,3 vs 58, CPAP em sala de parto*: 14 vs 68 e surfactante precoce*: 64 vs 85 respectivamente em P1 e P2. O uso de ventilação não invasiva* foi de 14 em P1 e 43 em P2 (* P0,05). Hipotermia à admissão ocorreu em 85 em P1 e 73 em P2. As taxas de DBP foram de 22 vs 10 (P=0,003) e óbito 12 vs 14 (P=0,56). **Conclusões:** Mudanças significativas ocorreram na assistência ao PT-MBP ao longo do período estudado, com impacto positivo nas taxas DBP, porém sem mudanças no óbito precoce.

PC-053 - Comentador: Luis Eduardo Vaz Miranda

COMPARAÇÃO ENTRE DOIS ESCORES DE RISCO NA PREDIÇÃO DE MORTE DE RECÉM-NASCIDOS TRANSPORTADOS; Estado: SP
MARINA LUCCHINI PONTES NOGUEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP); JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP); GRASIELA BOSSOLAN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP); LIGIA MARIA S.S. RUGOLLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP)

Introdução: O transporte inter-hospitalar de recém-nascidos (RN) está associado a maior risco de óbito. A predição de morte por meio de escores pode ser útil para melhor planejamento dos cuidados e assistência a esses RN. **Objetivos:** Comparar dois escores de risco (SNAPE-II e TRIPS) em relação à predição de morte de RN, na primeira semana pós-transporte. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo, analítico e descritivo, com amostra de conveniência e inclusão de RN transportados para uma UTI neonatal, de julho 2014 a dezembro de 2017. Excluídas as malformações congênitas maiores. O TRIPS foi calculado no momento da chegada à UTI e o SNAPE-II nas primeiras 24 horas pós internação. Os 2 escores foram comparados em relação ao desfecho morte na primeira semana por meio do cálculo da sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) e acurácia, com construção da curva ROC (Receiver Operating Characteristic Curve). Os escores foram correlacionados pelo Método de Correlação de Pearson e o cálculo do risco de óbito foi feito pela análise do risco relativo (RR). Variáveis contínuas foram descritas como medianas e percentis e categóricas pelo número e proporção de eventos, com teste do qui-quadrado no estudo das associações (P0,05). **Resultados:** Foram estudados 224 RN. A taxa de óbito foi de 24 nos RN com SNAPE20 e 18 nos RN com TRIPS10. Os valores obtidos para SNAPE e TRIPS, foram respectivamente - S: 66 vs 77, E: 82 vs 69, VPP: 24 vs 18 e VPN: 96 vs 97, com acurácia mais elevada para o TRIPS. Os 2 escores não apresentaram boa correlação entre si. **Conclusão:** O escore TRIPS foi mais sensível que o SNAPE-II e os dois apresentaram alto VPN. Embora os escores não se correlacionem positivamente, ambos podem ser utilizados em conjunto na predição do óbito de RN transportados.

PC-054 - Comentador: Mandira Daripa Kawakami

PREVALÊNCIA DE ASFIXIA NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS E A TERMO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ESTADO DO PARANÁ; Estado: PR
MARCOS NADER AMARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); ÂNGELA MARIA BARBOSA DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); PAULA MOTTA DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); JAMILA GABRIELLE GONÇALVES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS); VALÉRIA CHRISTINO DA SILVA AMARI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DOS CAMPOS GERAIS)

Introdução: A asfixia perinatal é uma das principais causas de óbito em recém-nascidos (RN) e é definida como agravo ao feto ou ao RN, ocasionado por uma falta de oxigênio (hipoxemia) e/ou uma falta de perfusão (isquemia) de vários órgãos. **Objetivos e Métodos:** Estudo documental, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa, no qual foram avaliados os 120 prontuários de neonatos internados em uma unidade neonatal, no ano de 2017. As variáveis estudadas foram: idade gestacional e a nota do apgar do primeiro minuto. Foi utilizado o programa Excel® 2013 para tabulação dos dados estatísticos. **Resultados:** A grande maioria dos pacientes atendidos era de RNs prematuros (76,6), sendo que 64,8 destes pacientes apresentaram algum grau de asfixia neonatal. Um percentual de rRN a termo apresentou asfixia (75), porém com uma correlação dobrada quando comparada com os RNs prematuros. 46,4 2 21,9 respectivamente. O inverso também aconteceu quando comparamos os pacientes sem nenhum grau de hipóxia (35,2 para os prematuros e 25 para os RNs a termo). **Conclusões:** Ao contrário do que se afirma a asfixia ao nascer foi mais prevalente no RN a termo, fazendo com que o Pediatra ou Neonatologista esteja sempre preparado para qualquer circunstância no atendimento da sala de parto.

PC-055 - Comentador: Mandira Daripa Kawakami

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE APGAR, REFLETINDO EM MELHORIA NA ASSISTÊNCIA DO RECÉM- NASCIDO NO ESTADO DO PARANÁ; Estado: PR
MARIA LUIZA SOUZA NIETO (UNIVERSIDADE POSITIVO); VIVIANE SERRA MELANDA (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS); DORA YOKO NOZAKI GOTO (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS); ANNA CHRISTINNE FELDHAUS LENZI COSTEIRA (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, DIVISÃO DE INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS); GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (HOSPITAL SANTA BRÍGIDA); PEDRO HENRIQUE DE ARAUJO DA SILVA (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ)

Introdução: A maioria das mortes em menores de um ano, ocorrem no período neonatal e em ambientes hospitalares, sendo que alterações na transição fisiológica da vida intrauterina para extrauterina é uma das principais causas, por vezes resultando na asfixia perinatal. **Objetivos e Métodos:** Este estudo objetivou analisar a frequência de índices de Apgar no 1º e no 5º minuto, em crianças nascidas vivas com idade gestacional igual ou maior que 37 semanas e a distribuição das frequências na comparação trianual no Paraná. Foi estudo quantitativo de análise retrospectiva e descritiva, com dados secundários do Sistema de Informação de Nascidos Vivos, do Paraná, nos períodos acumulados: i (2012 a 2014) e ii (2015 a 2017). Foram excluídos os registros ignorados. **Resultados:** No período i, 10,5 nasceram com Apgar igual ou inferior a 7 no primeiro minuto e 1,3 no quinto minuto. Já no período ii, 9,8, no primeiro minuto e 1,3 no quinto minuto. Quanto a distribuição, no período i, das 22 Regionais de Saúde, todas, tiveram mais que 5 do total de nascimentos com Apgar igual ou menor que 7 no primeiro minuto, e 18, tiveram mais que 1, no quinto minuto. No período ii, 21 Regionais de Saúde, no primeiro minuto e 14, no quinto minuto. **Conclusão:** Há pouca diferença das incidências de Apgar igual ou menor que 7, entre os períodos citados, contudo no período ii, houve uma redução na distribuição do número de Regionais de Saúde com Apgar igual ou menor que 7, tanto no 1º, quanto no 5º minuto. Embora os anos de 2016 e 2017 tenham dados preliminares, o Estado do Paraná, possui índices elevados de notificações oportunas; assim, estes resultados apontam para uma melhoria heterogênea entre as Regionais de Saúde do Estado, que tem impactado no resultado geral da saúde.

PC-056 - Comentador: Marcela Damásio R. de Castro

REDUZIR A HIPOTERMIA À ADMISSÃO DIMINUI AS TAXAS DE ÓBITO NEONATAL PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER?; Estado: SP

JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); FERNANDA DE CASTRO MILLEN (CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM - UNICAMP); JULIANA FERNANDES CAMARGO (CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM - UNICAMP); PAULA ALMEIDA CAVALCANTI CASTRO (CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM - UNICAMP); ANA LETÍCIA DE FONSECA CAMILO (CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - CAISM - UNICAMP); SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP)

Introdução: Hipotermia à admissão (HA) em unidades de terapia intensiva neonatal é frequente em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNMBP) e tem sido associada a aumento de risco de óbito neonatal precoce (ONP). **Objetivo:** Avaliar o efeito da implementação de um programa de prevenção de HA em RNMBP sobre as taxas de óbito neonatal precoce. **Métodos:** Análise de dados secundária de estudo de intervenção baseado na implementação de programa de prevenção de HA (T36°C) implantado em março/2014. Foram incluídos todos os RNMBP nascidos e admitidos em uma unidade neonatal terciária. Período I (PI) correspondeu à fase pré-intervenção (01/01/2012 a 28/02/2014) e o período II (PII) ao pós-intervenção (01/04/2014 a 30/11/2016). O desfecho primário foi óbito neonatal precoce. **Covariáveis** maternas, obstétricas e neonatais foram examinadas por análise uni- e multivariada por regressão logística. Nível de significância aceito de 5. **Resultados:** Taxa de HA foi reduzida de 37,20 em PI para 14,25 no PII (p=0,0001). Óbito neonatal precoce ocorreu em 10/217 sujeitos em PI (4,6) e em 15/180 recém-nascidos em PII (8,3) – p=0,128. Na avaliação conjunta PI+PII foram associados ao ONP na análise univariada: febre materna periparto, parto vaginal, necessidade de reanimação ao nascer, peso 1.000 gramas, idade gestacional 28 semanas e HA. Na análise de regressão logística permaneceram independentemente associados ao ONP: HA (OR 3,199 IC 95 1,349-7,585, p=0,0083), parto vaginal (OR 3,834 IC 95 1,616 – 9,097 p=0,0023) e reanimação ao nascer (OR 5,864 IC 95 1,688-20,373 p=0,0054). No período II, por análise multivariada, foram independentemente associados ao desfecho.

PC-057 - Comentador: Marcela Damásio R. de Castro

ALTAS CONCENTRAÇÕES DE OXIGÊNIO E MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO VENTILADOS COM MÁSCARA AO NASCER; Estado: SP

R GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MFB DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP); JPS CALDAS (UNICAMP); H REIS (UFU); MCM BARROS (EPM-UNIFESP); F CARMONA (USP-RIBEIRÃO PRETO); O BOMFIM (RBPN); FE MARTINEZ (USP-RIBEIRÃO PRETO); JMA LOPES (IFF-FIOCRUZ); REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN)

Introdução: Há controvérsias sobre a concentração de oxigênio ideal para a ventilação com pressão positiva (VPP) de recém-nascidos pré-termo (RNPT) ao nascimento. **Objetivo:** Verificar, em RNPT ventilados ao nascer somente com máscara e com Apgar de 5º minuto de 7-10, se o uso de FiO2 8805;0,6 durante a VPP aumenta a mortalidade neonatal precoce. **Método:** Estudo coorte pragmático em 20 hospitais universitários públicos brasileiros. Todos RNPT nascidos em 2014-2016 com idade gestacional 23-33 semanas, peso 400-1499g, sem malformações, que receberam VPP somente com máscara facial e apresentaram Apgar de 7-10 no 5º minuto foram incluídos. **Intervenção** analisada: FiO2 máxima oferecida durante VPP com balão autoinflável e/ou Tubo T, classificada em 8805;0,6 ou 0,6. As indicações do uso de O2 ao nascimento seguiram as diretrizes da SBP, iniciando-se com FiO2 0,3-0,4. A regressão logística ajustada para variáveis de confusão foi modelada para o desfecho "óbito 0-6 dias após nascimento". **Resultados:** 4.496 RNPT nasceram nos 20 centros e 1.150 foram incluídos: 620 (54) receberam FiO2 028805;0,6. Características dos RNPT ventilados com FiO2 8805;0,6 vs. 0,6: cesárea- 71 vs. 78; peso- 1071±248 vs. 1094±250g; idade gestacional- 29,1±2,3 vs. 29,5±2,0 semanas; masculino- 48 vs. 46; VPP com Tubo T- 79 vs. 90, SNAPPE II 40- 12 vs. 10; CPAP na sala parto- 91 vs. 93; morte neonatal precoce- 11 vs. 6. O uso de FiO28805;0,6 variou entre os centros (mínimo- 20 e máximo- 96 dos RNPT estudados). A regressão logística ajustada para hipertensão materna, síndromes hemorrágicas maternas, prematuridade extrema, SNAPPE II 40 e centro mostrou que FiO28805;0,6 aumentou em 91 a chance de óbito neonatal precoce (IC95 1,19-3,06; Hosmer-Lemeshow; p=0,725). **Conclusão:** Em RNPT que recebem VPP com máscara ao nascer e apresentam boa vitalidade com 5 minutos de vida, o uso de altas concentrações de oxigênio na VPP ao nascer se associa a aumento da chance de óbito neonatal precoce.

PC-058 - Comentador: Marcela Damásio R. de Castro

ALTERAÇÕES GASOMÉTRICAS RELACIONADAS AO TRANSPORTE NEONATAL REALIZADO COM VENTILADOR MECÂNICO MANUAL EM T; Estado: SP

WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS-CELINI (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); ANA BEATRIZ GONÇALVES (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); DANIELI CRISTINA TROIANO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); ANA CAROLINA MH RICCIO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); JOSÉ SIMON CAMELO JR (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP)

Introdução: O transporte neonatal envolve riscos, principalmente em pacientes submetidos à ventilação mecânica. Os benefícios do ventilador mecânico manual em T na reanimação neonatal são muitos, entretanto há poucos dados sobre a efetividade do mesmo em transporte de prematuros. **Objetivos:** Avaliar a efetividade do ventilador manual em T no transporte de prematuros com necessidade de suporte ventilatório invasivo. **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo que avaliou pacientes prematuros ventilados submetidos ao transporte intra-hospitalar. O transporte foi realizado conforme é preconizado pela SBP. A equipe neonatal envolvida apresenta treinamento continuado em transporte neonatal. Foi utilizado ventilador mecânico com os parâmetros da ventilação invasiva em uso. Foi utilizado gases umidificados e não aquecidos, FiO2100. A gasometria arterial foi realizada em até 30 minutos após o transporte. **Resultados:** Foram submetidas ao transporte intra-hospitalar 36 crianças, 9 apresentavam ventilação mecânica invasiva, com peso médio de 1393,7 gramas e idade gestacional média 30,2 semanas. O tempo médio do transporte foi 14,8 minutos. TRIPS de saída 23,1 e de chegada 23,7. ERTIH-Neo de saída 17 e de chegada 17,5. Os pacientes não apresentaram intercorrências durante o transporte. As variações de parâmetros fisiológicos de saída e chegada foram respectivamente: Temperatura (36,2-35,9C), FC (145 -149 bpm), FR espontânea (41-48 rpm), Sat (94-96), Glicemia (96-96,5 mg/dl), NIPS(0-1) e PAM (56-56,1 mmHg). Não houve óbito ou HPIV até sete dias após o transporte. As variações de parâmetros ventilatórios e gasométricos de saída e chegada foram respectivamente: PH (7,3-7,3), PCO2 (46,7 -39,2 bpm), PO2(81,5-76,5), bic (23,2-20,6), Pressão inspiratória (20,5-17 cmH2O), PEEP(10-10 cmH2O) e FR Mandatória (29-34 rpm). Não houve ocorrência de atelectasia ou pneumotórax após o transporte. **Conclusão:** O uso do ventilador mecânico manual em T no transporte neonatal é seguro, garante estabilidade ventilatória e gasométrica para prematuros em ventilação invasiva, portanto seu uso deve ser estimulado.

PC-059 - Comentador: Maria Albertina S. Rego

REANIMAÇÃO NEONATAL AVANÇADA E MORTALIDADE EM PREMATUROS EXTREMOS; Estado: SP

ANA CLÁUDIA CORDEIRO SOARES (PRO MATRE PAULISTA); CECÍLIA DRAQUE (PRO MATRE PAULISTA); KELLYM LOURENA CANDOTTI LIBONI (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA); EDINÉIA VACILOTO LIMA (PRO MATRE PAULISTA); FILOMENA BERNARDES DE MELLO (HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA); DANIELA VIGATO (PRO MATRE PAULISTA); FLÁVIA LOPES (PRO MATRE PAULISTA); WILMA TAVARES (PRO MATRE PAULISTA); EDUARDO AMARO (PRO MATRE PAULISTA)

Introdução: A maioria dos prematuros extremos (PT) necessita de suporte respiratório para a transição da vida fetal para a extra-uterina. Outros necessitam de suporte hemodinâmico com massagem cardíaca (MC) e administração de adrenalina (EP). A reanimação avançada em prematuros extremos está associada a óbito e complicações da prematuridade. **Objetivo:** análise descritiva da reanimação em sala de parto (SP) em prematuros extremos com estratificação entre 23 e 28 semanas. Realizada comparação entre óbitos em PT e necessidade de reanimação neonatal avançada (RA) em SP. Definiu-se reanimação avançada a necessidade de IOT, MC e EP. **Método:** Coorte prospectiva realizada em duas maternidades particulares do mesmo grupo em São Paulo de jan. /2012 a dez/2016 de PT de 23 0/7 a 27 6/7 semanas de gestação assistidos ao nascimento normas da AAP 2010. Foram excluídos aqueles com malformação congênita. Os PT foram estratificados por semana de IG em 5 grupos: GI: 23-24 semanas, GII: 24-25 semanas, GIII: 25-26 semanas, GIV: 26-27 semanas e GV: 27-28 semanas. Os desfechos analisados compreenderam: reanimação avançada e óbito. As características maternas e neonatais e dos desfechos foram comparadas com teste exato de Fisher, qui-quadrado, teste-t e regressão logística, considerando significante p 0,05. **Resultados:** No período de estudo nasceram 586 PT dos quais 37 foram excluídos restando 559: GI -58 (11), GII-89 (16), GIII-96 (17), GIV-133 (23) e GV -183 (33). As características dos grupos GI e G2 foram semelhantes quanto: corticóide antenatal, parto cesárea, sexo masculino. Os pacientes tinham um peso de nascimento menor [GI: vs GII:; p0,001] e idade gestacional inferior [GI: sem VS GII: sem; p0,001]. Os RN apresentaram maior chance de [OR: (IC95:)] e óbito [OR: 2,5 (IC95:)]. Na análise multivariada, controlada para idade gestacional, sexo, MC e EP em sala de parto foi associada óbito [OR; 2,86 (IC95:1,20-6,83)]. **Conclusão:** Nessa amostra de PT a RA em SP está associada com 2,5 chance maior de óbito.

PC-060 - Comentador: Maria Albertina S. Rego

A RELAÇÃO ENTRE AS ENZIMAS CPK E CK-MB E O APGAR COM A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM NEONATOS QUE OBTIVERAM ALTA; Estado: PR

LUIZA LOVATTO MACHADO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); MARIA ELISA MENEGUETTI (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); DALIÊ PAOLA BOYKO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); DEBORA SOFFIATTI STROPARO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO)

INTRODUÇÃO: A enzima creatina fosfoquinase (CPK) e sua isoenzima CK-MB, têm auxiliado em informações prognósticas, visto que há uma associação entre a elevação dos marcadores e o risco de eventos cardíacos, em neonatos. **OBJETIVOS:** Analisar os dados de recém-nascidos que tiveram alta após necessitarem de reanimação neonatal e a relação dos valores dos seus marcadores de asfixia, o CPK e CK-MB. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo retrospectivo por meio de revisão de prontuários dos recém-nascidos internados na UTI, sendo analisados apenas os que necessitaram de alguma manobra de reanimação neonatal e que tiveram alta posteriormente. **RESULTADOS:** Foram analisados 868 prontuários que obtiveram alta, referentes ao período de outubro de 2015 à novembro de 2017. Desses, 223 necessitaram de alguma manobra de reanimação. Observou-se que a minoria teve os marcadores enzimáticos CPK e sua isoenzima, CK-MB, coletados, sendo que 51 dosaram o CPK, e 10 o CK-MB. Em grande maioria, esses pacientes tiveram o índice de Apgar menor do que 5, principalmente no primeiro minuto. Ou seja, o baixo valor do Apgar foi o principal fator para que se dosasse o CPK e o CKMB. Em relação aos níveis dos marcadores coletados, grande parte estava acima do valor médio normal, considerando valores entre 510 a 600. Além disso, a maioria dos pacientes que teve o CPK dosado apresentou acidose respiratória, um dos critérios que caracterizam asfixia perinatal. Outras alterações metabólicas significativas observadas foram lesão hipóxico-ischêmica, bradicardia, crise convulsiva e hemorragia intraventricular. **CONCLUSÃO:** Em pacientes que obtiveram alta e tiveram um baixo valor no índice de apgar, mostrou-se que há uma estreita relação com a necessidade de dosagem do CPK e sua isoenzima, visto que essas, além de diagnosticarem a injúria cardíaca também dão o prognóstico do recém-nascido. Assim, os profissionais podem tomar medidas de cuidados com os recém-nascidos antes mesmo de necessitarem de alguma manobra de reanimação futura.

PC-061 - Comentador: Maria Albertina S. Rego

A RELAÇÃO ENTRE AS ENZIMAS CPK E CK-MB E O APGAR COM A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM NEONATOS QUE EVOLUÍRAM PARA ÓBITO; Estado: PR

MARIA ELISA MENEGUETTI (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); LUIZA LOVATTO MACHADO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); DALIÊ PAOLA BOYKO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); DEBORA SOFFIATTI STROPARO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO); GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

INTRODUÇÃO: Os marcadores bioquímicos, enzima creatina fosfoquinase (CPK) e sua isoenzima CK-MB, são liberadas no sangue na presença de alguma injúria miocárdica, auxiliando no diagnóstico e prognóstico, principalmente em neonatos. **OBJETIVOS:** Analisar os dados de recém-nascidos que evoluíram para óbito após necessitarem de reanimação neonatal e a relação dos valores dos seus marcadores de asfixia coletados, o CPK e CK-MB. **MÉTODO:** É um estudo retrospectivo por meio de revisão de prontuários dos recém-nascidos internados na UTI, sendo analisados apenas os que necessitaram de alguma manobra de reanimação neonatal e que evoluíram para óbito. **RESULTADOS:** Foram analisados 57 prontuários em que os recém-nascidos evoluíram com óbito no período de 2015 a 2017. Destes, 42 precisaram de manobras de reanimação e em apenas 6 foi coletado o marcador enzimático creatina fosfoquinase (CPK), enquanto que sua isoenzima CKMB não obteve nenhuma avaliação. Considerando os 6 pacientes em que foi coletado o marcador CPK, 4 eram prematuros e 2 eram recém-nascidos à termo. Desses 6 analisados, 5 apresentaram acidose respiratória, sendo esta um dos critérios que caracteriza a asfixia perinatal, e também 4 obtiveram pontuação baixíssima no teste de apgar, tendo como valor máximo a pontuação 3. **CONCLUSÃO:** Com base nos números obtidos, verificou-se que há relação entre o baixo valor obtido no teste de apgar e o desfecho em óbito dos neonatos, assim como com a prematuridade dos mesmos, sendo este um fator que contribuiu para a coleta dos marcadores bioquímicos. Contudo, a dosagem dos marcadores ainda se mostra escassa, reforçando a importância da coleta dos mesmos, pelos profissionais, para que o tratamento e desfecho se tornem mais assertivos e eficazes.

PC-062 - Comentador: Maria Angelica R. P. Yamada

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA PERINATAL EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SÃO PAULO NO ANO DE 2017; Estado: SP

RAFAEL MACIEL BRITO (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); KELLYM LOURENA CANDOTTI LIBONI (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); MARINA DA ROSA FARIA (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); RAFAELA MOLENA TRINTINALIA (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); THAISE CARDOSO GOMES (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARA); GIOVANNA STEFANI JACKSON (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); LIVIA MARCELA GARCIA DE FREITAS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); LETICIA DE ARAUJO FRANCO (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); FLAVIA PAIVA PRUDENTE (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA); KAREN LEMOS DOS SANTOS (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA CACHOEIRINHA)

Introdução: A asfixia perinatal é um agravo ao Recém-Nascido (RN), segunda maior causa de mortalidade neonatal no Brasil e importante causa de desabilidade por acometimento do Sistema Nervoso Central. **Objetivos:** Demonstrar o perfil epidemiológico de RN que apresentaram asfixia perinatal em uma Maternidade Escola de referência no ano de 2017; Correlacionar dados epidemiológicos com Fatores de risco estabelecidos em literatura e uso de Terapias adjuvantes no atendimento ao RN. **Métodos:** Levantamento de nascimentos e análise de prontuário de RN em uma Maternidade Escola de referência que apresentaram pontuação no boletim de Apgar de quinto minuto menor ou igual a 6. Excluindo-se RN com menos de 34 semanas ou peso de nascimento inferior a 2000g. **Resultados:** 32 pacientes enquadraram-se nos critérios de inclusão. A faixa etária materna mais prevalente foi de 20 a 29 anos (53,1) com idade mínima de 17 anos e idade máxima de 42 anos. A prevalência de mães adolescentes e idade avançada foi de 12,5 e 6,25 respectivamente. Observou-se prevalência de 46,8 de mães que realizaram mais de 6 consultas de pré-natal

e 21,8 de mães que realizaram 3 ou menos consultas ou que não apresentavam dados em prontuário. A via de Parto mais prevalente foi a vaginal com 68,75 e destas 45,4 com locação de fórceps. A incidência de RN que evoluíram para protocolo de Hipotermia Terapêutica conforme critérios da instituição foi de 34,3. Conclusão: Não houve predominância estatística dos grupos de riscos por faixa etária materna estabelecidos em literatura, devendo-se este a menor prevalência absoluta destes grupos em relação ao número total de gestantes. A Predominância da via vaginal correlaciona-se com a literatura. A incidência de RN elegíveis a hipotermia terapêutica no estudo demonstra a necessidade de implantação deste tipo de terapia adjuvante em serviços de maternidade, vistos benefícios bem definidos em literatura.

PC-063 - Comentador: Maria Angelica R. P. Yamada

USO DA MONITORIZAÇÃO DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA NO ENSINO DA VENTILAÇÃO MANUAL PARA MÉDICOS RESIDENTES DE NEONATOLOGIA; Estado: SP

CARLOS EDUARDO CARLOMAGNO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); RENATA MASCARETTI (HOSPITAL MUNICIPAL DA VILA SANTA CATARINA); JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNESP DE BOTUCATÚ); ROMY ZACHARIAS (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); MAURÍCIO MAGALHÃES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO); PEDRO ALEXANDRE BREUEL (HOSPITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA VILA NOVA CACHOEIRINHA); CELSO REBELLO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN)

Introdução: A monitorização da mecânica respiratória (MMR) tem o potencial de ser uma ferramenta útil no ensino da ventilação manual para residentes de neonatologia. **Objetivos:** Avaliar a influência da MMR como estratégia de ensino da ventilação manual, baseado na redução do escape ao redor da máscara facial, otimização do volume-corrente (Vt) e na retenção do aprendizado 1 e 3 meses após o treinamento. **Metodologia:** estudo experimental incluindo 23 residentes de 4 diferentes programas em neonatologia. Na primeira ventilação (V1) os residentes ventilaram um manequim simulando a um recém-nascido de termo (peso estimado de 2500g) durante 4 minutos com o ventilador mecânico manual em T, baseados apenas na expansão torácica, visando um escape de até 20 e um Vt alvo de 10 a 15mL (correspondendo a 4 a 6mL/kg). Após treinamento da MMR, realizaram a segunda ventilação (V2) com o uso da monitorização, seguida de nova ventilação sem o monitor (V3). A retenção do conhecimento foi avaliada após 1 (V4) e 3 meses (V5) do treinamento inicial. Em cada ventilação os dados de escape, Vt, tempo inspiratório (Ti) e frequência respiratória (FR) foram continuamente coletados por um sistema informatizado específico para este fim. Análise estatística realizada com ANOVA ONE-WAY com medidas repetidas (dados paramétricos) ou Friedman Repeated Measures Analysis of Variance on Ranks (dados não paramétricos). **Resultados:** O Vt aplicado permaneceu no alvo de V1 a V4, porém se elevou em V5 (p<0,05). O escape ao redor da máscara foi acima do alvo e não se reduziu com o uso da MMR (p=0,085), e o Ti não sofreu influência da MMR (p=0,071). Já a FR foi menor em V4 em relação a V1, V2 e V3 (P<0,05). **Conclusão:** Neste estudo experimental a MMR não influenciou no vazamento ao redor da máscara facial ou no Vt aplicado por residentes de neonatologia.

PC-064 - Comentador: Maria Fernanda B. de Almeida

EFETIVIDADE DA MÁSCARA LARÍNGEA NA VENTILAÇÃO PULMONAR MANUAL REALIZADA POR MÉDICOS POUCO EXPERIENTES EM REANIMAÇÃO NEONATAL.; Estado: SP

ABDO EDUARDO GARBIM TANNURI (UNESP); GUILHERME SILVA MACHADO (UNESP); JOÃO CESAR LYRA (UNESP); GRASIELA BOSSOLAN (UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (UNESP); LIGIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (UNESP)

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

Objetivo: Comparar o tempo decorrido para o estabelecimento da VPP efetiva, realizada por residentes de pediatria, utilizando a ML ou a cânula orotraqueal (COT). **Métodos:** Estudo experimental, utilizando manequim de simulação, com participação voluntária de residentes de pediatria. Após breve treinamento, foi proposta uma situação simulada de reanimação neonatal onde os participantes foram orientados a proceder a VPP por meio da ML ou intubação orotraqueal (IOT). Considerou-se VPP efetiva quando os valores de PIP e PEEP foram alcançados e as curvas de fluxo e volume corrente (VC) estabelecidas. Variáveis estudadas: número de tentativas e falhas para inserção da interface, tempo dispendido para obtenção de VPP efetiva e valores de PIP e PEEP. Os valores pressóricos, de fluxo e VC foram obtidos por meio de pneumotacógrafo acoplado a um sistema informatizado de aquisição de dados. Resultados apresentados em mediana e interquartil e comparados pelo teste de Mann-withney, com qui-quadrado no estudo das associações (P<0,05). **Resultados:** Participaram do estudo 36 voluntários. O tempo para VPP efetiva foi de 15±6s (ML) e 31±15s (COT)-P<0,001. Em ambas as interfaces os valores de PIP variaram de 18-20 cmH2O e de PEEP e 4-5 cmH2O. Falhas para inserção (COT vs ML) ocorreram em 28 vs 11 (P=0,13). **Conclusão:** Neste modelo experimental, o uso da ML atingiu valores de PIP e PEEP adequados e semelhantes aos da VPP com COT. Porém, o tempo para estabelecimento da VPP efetiva com o uso da ML foi metade daquele observado com a COT, sugerindo ser a ML uma boa opção para obtenção da via aérea por médicos com pouca experiência.

PC-065 - Comentador: Ruth Guinsburg

EFEITO DO BALÃO AUTO-INFLÁVEL COM VÁLVULA DE PEEP SOBRE OS NÍVEIS DE PACO2 E PH SANGUÍNEO DURANTE A VENTILAÇÃO PULMONAR DE COELHOS.; Estado: SP

JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP); GRASIELA BOSSOLAN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP); LETICIA DIAS BERRIEL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP.); MARIA REGINA BENTLIN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP); LIGIA MARIA S.S. RUGOLLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP.)

Introdução: Ressuscitadores que oferecem pressão positiva expiratória final (PEEP) são recomendados para realização da ventilação com pressão positiva (VPP) em sala de parto, com menor risco teórico de volutrauma. O volume corrente pulmonar excessivo pode ser avaliado indiretamente por meio da medida da paCO2 e do pH sanguíneo. **Objetivos:** Comparar os efeitos da ventilação pulmonar sobre os valores de paCO2 e pH sanguíneo em coelhos, utilizando 3 tipos de ressuscitadores: balão auto-inflável (BAI), BAI com válvula de PEEP e ventilador manual mecânico (VMM). **Métodos:** Após anestesia, traqueostomia e cateterização da artéria carótida, coelhos adultos foram submetidos à ventilação manual conectada a um sistema de pneumotacógrafo acoplado a "software" de aquisição de dados. Os animais foram alocados randomicamente em 3 grupos de estudo: BAI-0: balão sem PEEP; BAI-5: balão com PEEP=5cmH2O e VMM (Neopuff®) com PIP=20 e PEEP=5. Os coelhos foram ventilados por 10 minutos por uma única pessoa com experiência em reanimação neonatal. Ambos os balões possuíam manômetro de pressão inspiratória. Colhidas mostras de sangue arterial no início (T0); com 5min (T5) e com 10min (T10) de VPP. Os valores de frequência respiratória (FR), PEEP e PIP foram monitorados continuamente. Dados avaliados por "One way ANOVA" (593;=0,05). **Resultados:** Foram estudados 6 animais em cada grupo. Os valores de paCO2 (mmHg) em T10 foram: BAI-0=24; BAI-5=24; VMM=38* e os valores de pH: BAI-0=7,55; BAI-5=7,56; VMM=7,44* (* P 0,05 vs demais grupos). Não houve diferenças entre os grupos em relação à FR (36-40 ipm), PIP (19-20 cmH2O) e valores de bicarbonato (22-23 mEq/L). **Conclusões:** Neste modelo animal, o balão auto-inflável com válvula de PEEP ajustada em 5 cmH2O causou o mesmo efeito que o dispositivo sem PEEP sobre os valores de paCO2 e pH arterial e ambos apresentaram desempenho pior que o VMM em relação à alcalose respiratória resultante da VPP.

PC-066 - Comentador: Maria Rafaela C. Gonzalez

O IMPACTO DA QUALIFICAÇÃO DO SERVIÇO NA MORBIMORTALIDADE NEONATAL; Estado: SP

RENATA SAYURI ANSAI PEREIRA DE CASTRO (UFSCAR); LUMA MARTINS DE OLIVEIRA (SANTA CASA SÃO CARLOS); ANDREA ARRAZOLA GONZALES (SANTA CASA SÃO CARLOS); LETICIA OLIVEIRA DA LUZ (SANTA CASA SÃO CARLOS); CAROLINA PONICH CLEMENTINO (UFSCAR); CAROLINA SOUZA BALDIN (UFSCAR)

INTRODUÇÃO: A implantação de programas de qualidade nos serviços de saúde, principalmente em países emergentes, está relacionada a diminuição de custos e da morbimortalidade, além de proporcionar maior satisfação dos usuários. **OBJETIVO:** Analisar o impacto da implantação das melhorias de uma maternidade: instituição

de enfermeira exclusiva da sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e médicos diaristas obstetra e pediatra, em relação à taxa de parto vaginal, necessidade de reanimação neonatal e mortalidade materna e neonatal em sala de parto. **MÉTODO:** Estudo de coorte, realizado em uma maternidade de referência, incluindo todos os recém-nascidos (RN), sendo excluídos RN de partos particulares ou de convênio. Os RN foram comparados em 2 momentos: pré-implantação mudanças (P1 – janeiro a maio de 2017) e pós-implantação (P2 – setembro a dezembro de 2017). **Desfechos:** taxa de parto vaginal, necessidade de reanimação e mortalidade materna e neonatal em sala de parto. **Estatística:** testes paramétricos e não paramétricos, com significância se $p < 0,05$. **RESULTADO:** Ambos os grupos foram semelhantes em relação à idade gestacional e peso ao nascer. No primeiro período (P1) foram incluídos 972 RN, sendo 89 a termo, 1,2 prematuros extremos (PTE) e 1,4 muito baixo peso ao nascer (MBP). Em P2 foram incluídos 692 RN, sendo 89 a termo, 0,5 PTE e 0,6 MBP. Em P2 houve aumento da incidência de partos vaginais (44,4 vs 29,7; $p < 0,001$) e menor necessidade de reanimação neonatal (4,6 vs 7,1; $p = 0,048$). Além disso, no primeiro período houve 4 óbitos maternos e 2 neonatais, com ausência de óbitos em sala de parto no segundo período. **CONCLUSÃO:** A qualificação da maternidade, com implementação de recursos humanos, apresentou impacto positivo na morbimortalidade, aumentando a taxa de partos vaginais e diminuindo significativamente a necessidade de reanimação ao nascer e óbitos maternos e neonatais.

PC-067 - Comentador: Maria Rafaela C. Gonzalez

PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS COM NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO; Estado: SP

RENATA SAYURI ANSAI PEREIRA DE CASTRO (UFSCAR); LUMA MARTINS DE OLIVEIRA (SANTA CASA SÃO CARLOS); ANDREA ARRAZOLA GONZALES (SANTA CASA SÃO CARLOS); LETICIA OLIVEIRA DA LUZ (SANTA CASA SÃO CARLOS); CAROLINA PONICH CLEMENTINO (UFSCAR); CAROLINA SOUZA BALDIN (UFSCAR)

INTRODUÇÃO: O nascimento é um dos momentos de maior vulnerabilidade e risco do ser humano. Sabe-se que 1 em cada 10 recém-nascidos necessita de ajuda para iniciar a respiração. A necessidade de reanimação neonatal é maior quanto menor a idade gestacional (IG) e o peso ao nascer (PN). **OBJETIVO:** Caracterizar os recém-nascidos (RN) submetidos à reanimação neonatal de um Maternidade de referência. **MÉTODO:** Estudo descritivo transversal incluindo todos os RN de uma Maternidade no período de janeiro a dezembro de 2017. Os RN foram comparados quanto à necessidade ou não de reanimação ao nascer em relação ao tipo de parto, hora do nascimento (plantão diurno e noturno), sexo, IG e PN. **Estatística:** testes paramétricos e não paramétricos, com significância se $p < 0,05$. **RESULTADO:** No período estudado foram incluídos 2302 RN com IG média de 38 semanas e PN médio de 3133 gramas, sendo 223 prematuros (9,7). 133 RN (5,8) necessitaram de reanimação, entre prematuros essa taxa foi de 21, aumentando para 90 quanto analisados apenas prematuros extremos. O parto cesáreo (62 vs 65) e o nascimento em plantão diurno (69 vs 67) foram predominantes em ambos os grupos: com reanimação e sem reanimação, respectivamente, sem diferença estatística. No grupo de RN submetidos à reanimação houve maior prevalência do sexo masculino (58,6 vs 48,3; $p = 0,027$), maior taxa de prematuridade (36,2 vs 9,1; $p < 0,001$), assim como de prematuridade extrema (13,8 vs 0,1; $p < 0,001$) e RN muito baixo peso ao nascer (19,5 vs 0,6; $p < 0,001$). **CONCLUSÃO:** Na maternidade estudada a necessidade de reanimação neonatal aumentou significativamente conforme a menor IG. Dentre dos RN reanimados houve maior percentual de prematuridade, muito baixo peso e sexo masculino. Sem diferença em relação ao tipo de parto e período de nascimento. O conhecimento do perfil dos RN reanimados é importante para melhor atendimento e produção de melhorias no serviço.

PC-068 - Comentador: Marielle C. Monteiro

NORMATIZAÇÃO PARA TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE NEONATOS COM RISCO EVITA INTERCORRÊNCIAS?; Estado: SP

FÁBIA PEREIRA MARTINS-CELINI (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); ANA BEATRIZ GONÇALVES (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); ANA CAROLINA M H RICCIO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP); DANIELI CRISTINA TROIANO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP)

INTRODUÇÃO: O transporte neonatal envolve riscos, evitáveis se normas forem seguidas, entretanto, em alguns serviços essas recomendações não são seguidas, principalmente no transporte intra-hospitalar, provavelmente por minimizarem os riscos de um transporte dentro do próprio hospital e considerarem desnecessárias medidas específicas para essa ação. **OBJETIVOS:** Avaliar intercorrências relacionadas ao transporte realizado segundo normas de transporte da SBP. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Estudo prospectivo. Calculados os escores de Risco para o Transporte Intra-Hospitalar Neonatal (ERTIH-Neo) previamente e após o transporte. Calcularam-se as médias de alterações respiratórias, de instabilidade hemodinâmica e térmica, de glicemia e óbito nas primeiras 48 horas após o transporte. **RESULTADOS:** Foram transportadas 36 crianças com idade gestacional média ao nascimento de 31,7 semanas, idade gestacional média corrigida de 52,1 dias e peso de nascimento médio de 1842,1 gramas. Entre os pacientes transportados, 19 (52,8) apresentavam valores do escore de risco para o transporte ERTIH-Neo 13 (índices pré e pós-transporte de 13,2 e 13,1, respectivamente); 3 (8,3) apresentavam escores entre 13 e 15 (valores de saída e chegada 12,5 e 11,4), 14 (38,9) apresentavam escores entre 16 e 20 (pré e pós-transporte de 14,2 e 14) e nenhum apresentava escore 20. Independente do risco, não se observou deterioração respiratória, nenhuma necessitou de alteração dos parâmetros ventilatórios. Nenhum paciente apresentou instabilidade hemodinâmica (valor médio da pressão arterial média de saída de 43,4 mmHg e de chegada de 48 mmHg). A glicemia apresentou valores médios previamente ao transporte de 98,8 mg/dl e pós-transporte de 97,5 mg/dl. As temperaturas apresentaram valores médios prévios e posteriores ao transporte de 36,7°C e 36,6°C. Nenhuma criança foi a óbito após 48h. **CONCLUSÕES:** Não houve intercorrências relacionadas ao transporte intra-hospitalar independente dos escores de risco, o que demonstra que o treinamento das equipes e a normatização do transporte são fundamentais para a boa assistência neonatal.

PC-069 - Comentador: Marielle C. Monteiro

EVOLUÇÃO NA UNIDADE NEONATAL DOS RN PREMATUROS QUE NECESSITARAM REANIMAÇÃO AO NASCER.; Estado: SP

SIMONE HOLZER DE MORAES (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); ISABELLA TOMÉ SANT'ANNA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); NATHALIA CARVALHO BALDAVIRA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); GLEISE APARECIDA MORAES COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DO ABC); MILENE SAORI NAKAMA KASSAI (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); CIBELE WOLF LEBRÃO (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); MONICA CARNEIRO (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO); VIVIAN TACIANA SIMIONI SANTANA (COMPLEXO HOSPITALAR DE SÃO BERNARDO DO CAMPO)

Introdução: a prematuridade está associada a necessidade de reanimação em sala de parto, quando realizada adequadamente reduz a morbimortalidade dessa população. **Objetivos:** Avaliar a evolução na unidade neonatal dos recém nascidos pré-termo (RNPT) que necessitaram de reanimação em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo de RNPT, com idade gestacional (IG) 8804; 34 semanas, nascidos de janeiro a julho de 2017. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequência absoluta e relativa e as quantitativas por mediana e intervalos de confiança pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk. O nível de significância foi de $p < 0,05$. O programa estatístico utilizado foi Stata versão 11.0. **Resultados:** Foram analisados dados de prontuário de 65 prematuros, observou-se o uso de corticoide antenatal em 46,55 das gestantes, que tinha uma média de idade de 27 ano. A mediana da IG foi de 29,03 semanas. Durante a reanimação 84 dos RN necessitaram de IOT e 15,87 de Ventilação Não Invasiva. As patologias mais frequentes desenvolvidas pelos RN na unidade neonatal foram Síndrome de desconforto respiratório (96), sepse precoce (66) e Hemorragia peri-intraventricular (66). 71,67 dos RN evoluíram para a alta e 28,33 a óbito, com significância estatística para aqueles com IG menor que 30 semanas $p < 0,007$. O tempo mediano de internação foi de 6,9 semanas, e o de IOT e VNI foi de respectivamente 3 dias e 2 dias, sendo que 12,7 dos RN necessitaram de reintubação. **Conclusão:** A efetividade da reanimação é fundamental para o desfecho favorável dos prematuros. Houve relação direta entre IG 30 semanas e maior ocorrência de óbitos precoces, evidenciando que os cuidados hospitalares foram eficazes e a mortalidade possui forte relação com a prematuridade dos RN.

PC-070 - Comentador: Marynea S. do Vale

FATORES DE RISCO PARA NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO; Estado: SP
LARISSA VANUCHI RODRIGUES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); FERNANDA DE CASTRO MILLEN (HOSPITAL DA MULHER PROF.DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI- CAISM- UNICAMP); SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP)

Introdução: recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP) são predispostos a maior necessidade de reanimação em sala de parto, podendo outros fatores, além da prematuridade, serem preditores para tal desfecho. **Objetivo:** determinar fatores de risco para necessidade de reanimação em RNPTMBP. **Métodos:** estudo de coorte com uso de banco de dados informatizados em hospital universitário público. Foram incluídos pacientes nascidos no próprio hospital, no período de 2006-2016, com idade gestacional (IG) 8805;24 semanas e peso de nascimento (PN)1.500 gramas. O desfecho avaliado foi necessidade de reanimação, definida como a aplicação de ventilação com pressão positiva (máscara e/ou tubo traqueal). Foram feitas análises bi e multivariada por regressão logística (RL) com variáveis maternas (idade, raça, escolaridade, realização de pré-natal, hipertensão arterial, diabetes gestacional, corioamnionite, uso antenatal de corticoesteróide, hemorragia periparto, tipo de gestação – única ou múltipla, tipo de parto – cesárea ou vaginal, e variáveis do neonato (sexo, PN e IG). Avaliação por teste de qui-quadrado ou Mann-Whitney. Nível de significância aceito:5. **Resultados:** foram analisados 1.073 RNPTMBP. Destes 515 (48) necessitaram reanimação. Na análise bivariada foram estatisticamente significativos como fatores de risco: diabetes mellitus (10,4x6,2,p=0,0013), corioamnionite (7,8x3,0,p0,0001), hemorragia periparto (9,4x3,4,p0,0001), parto vaginal (27,0x21,0,p0,021) e sexo masculino (54,4x47,7,p=0,028). Hipertensão arterial (32,7x46,4,p0,0001) e uso antenatal de corticoesteróide (73,6x82,4,p0,00001) foram fatores protetores significativos para o desfecho avaliado. A análise múltipla por RL, ajustada para PN e IG, mostrou como variáveis independentemente associadas ao desfecho: hipertensão arterial (OR 0,635 IC 95 0,482-0,83,p=0,001), uso antenatal de corticoesteróide (OR 0,637 IC95 0,47-0,86,p=0,004), presença de diabetes mellitus (OR 1,970 IC95 1,246-3,125p=0,004), corioamnionite (OR 2,440 IC95 1,333-4,464,p=0,0042) e hemorragia periparto (OR 2,879 IC95 1,634-5,073,p0,0001). **Conclusão:** a presença de corioamnionite, diabetes gestacional e hemorragia periparto aumentam significativamente o risco de necessidade de reanimação neonatal em RNPTMBP. Hipertensão arterial e uso antenatal de corticoesteróide agem como fatores protetores para esse desfecho.

PC-071 - Comentador: Marynea S. do Vale

ANÁLISE DA TENDÊNCIA TEMPORAL DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER: EXPERIÊNCIA DE 11 ANOS.; Estado: SP

LARISSA VANUCHI RODRIGUES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); FERNANDA DE CASTRO MILLEN (HOSPITAL DA MULHER PROF.DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI- CAISM- UNICAMP); SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP)

Introdução: Nos últimos anos ocorreram mudanças nas diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN/SBP), aprimorando as manobras de reanimação de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP). **Objetivo:** Avaliar a evolução temporal das manobras de reanimação na recepção de RNPTMBP e efeitos sobre índice de Apgar e óbito no local do nascimento. **Métodos:** Estudo de coorte. Dados informatizados de hospital universitário público. Período: 2006 a 2016. Idade gestacional 8805;24 semanas. Peso:1.500 g. Analisaram-se: necessidade de reanimação, uso de oxigênio inalatório, ventilação com máscara e/ou tubo traqueal, massagem cardíaca, expansão volêmica, uso de adrenalina, índice de Apgar de 1º e 5º minutos e óbito no local do nascimento. Análise estatística: teste qui-quadrado de tendência. Dados apresentados em frequência (variação; valor de p) com 945;=5. **Resultados:** Foram incluídos 1.073 RNPTMBP. Destes, 48 necessitaram de reanimação, com tendência temporal não significativa (variação 31,3-54,3;p=0,094). O uso de oxigênio inalatório apresentou queda estatisticamente significativa (p0,0001), especialmente após 2011 (100-3,5). A ventilação por máscara foi elevada no período 97,3 (92,3-100;p=0,499) e ventilação por tubo traqueal permaneceu estável 53,6 - 40-65;p=0,091). Apenas 2,5 dos pacientes foram ventilados por tubo traqueal sem uso prévio de máscara e 46,4 (34,7-54,7) não necessitaram de intubação. As taxas de massagem cardíaca, expansão volêmica e uso de adrenalina foram estáveis e de 7,6 (0,98-13,4;p=0,126); 0,5 (0-3,6;p=0,104) e 5,1 (0,98-8,7;p=0,605), respectivamente. As taxas de Apgar de 1º e 5º 7 permaneceram estáveis, respectivamente, 45,7 (29,2-51;p=0,191) e 12,6 (8,3-17,3;p=0,886) e a taxa de óbito foi baixa 0,93 (0-3,9;p=0,264). **Conclusão:** A frequência de RNMBP reanimados foi estável. Houve queda progressiva no uso de oxigênio inalatório e cerca de metade dos RNMBP responderam unicamente à ventilação por máscara. A reanimação avançada e óbito foram pouco frequentes. A recuperação do Apgar ao 5º minuto de vida foi elevada.

PC-072 - Comentador: Orígenes José C dos Santos

ESTENOSE CONGÊNITA DA ABERTURA PIRIFORME: UM DESAFIO NA REANIMAÇÃO NEONATAL; Estado: SP

RÉSSICA MARA MARTINS DE MIRANDA VIEIRA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARINA XAVIER TENÓRIO (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); RENATA IZABELA DE MIRANDA ABREU (HOSPITAL BENEFICIÊNCIA PORTUGUESA); LÚCIA LAGO GONZALEZ (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARIA CRISTINA LIBRELON PINHEIRO LIMA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); PRISCILLA FONTES CARVALHO MASTROCINQUE (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); ANA LUIZA OLIVEIRA DINIZ (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARCELLO ALMEIDA RAPHAEL (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO)

INTRODUÇÃO: Estenose congênita da abertura piriforme (ECAP) é uma causa rara e potencialmente fatal de obstrução de vias aéreas no recém-nascido (RN), causada pelo crescimento excessivo do processo nasal medial da maxila. **OBJETIVO - MÉTODO:** Este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um recém nascido com ECAP e salientar a importância dessa patologia como diagnóstico diferencial de doenças obstrutivas nasais que podem evoluir com anóxia, tendo em vista que os recém nascidos são respiradores nasais obrigatórios. As informações contidas nesse estudo foram obtidas por meio de análise do prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão de literatura. **RESULTADO:** A ECAP pode apresentar-se clinicamente com episódios apneicos e cianose cíclica, como no nosso caso em questão, em que a paciente apesar de vigoroso ao nascimento, evoluiu com insuficiência respiratória e necessidade de intubação orotraqueal em sala de parto, além de não progressão de sonda em narina direita. Encaminhada à UTI neonatal, onde após consecutivas falhas de extubação, realizou tomografia de face evidenciando ECAP. Após diagnóstico estabelecido, foi submetida à correção cirúrgica e em poucos dias teve alta sem necessidade de suporte ventilatório e em seio materno livre demanda. Hoje encontra-se com desenvolvimento neuropsicomotor adequado para sua idade e sem novas intercorrências. **CONCLUSÃO:** A ECAP, embora pouco frequente, é uma importante causa de obstrução de via aérea congênita, portanto um diagnóstico precoce e uma abordagem imediata conferem um menor risco de asfixia perinatal e melhor prognóstico.

PC-073 - Comentador: Orígenes José C dos Santos

HIPOTERMIA TERAPÊUTICA APÓS ANÓXIA POR PROLAPSO DE CORDÃO UMBILICAL: UM RELATO DE CASO; Estado: SP

RÉSSICA MARA MARTINS DE MIRANDA VIEIRA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARINA XAVIER TENÓRIO (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARCELLO ALMEIDA RAPHAEL (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); LÚCIA LAGO GONZALEZ (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); MARIA CRISTINA LIBRELON PINHEIRO LIMA (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); PRISCILLA FONTES CARVALHO MASTROCINQUE (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO); ANA LUIZA OLIVEIRA DINIZ (HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO)

INTRODUÇÃO: A hipotermia terapêutica (HT) é uma técnica neuroprotetora que reduz a lesão cerebral em recém-nascidos que sofreram asfixia perinatal e que possuem sinais de encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). **OBJETIVOS E MÉTODOS:** Relatar o caso de um recém-nascido com EHI grave que sofreu asfixia perinatal por prolapso de cordão umbilical e foi submetido à HT. As informações contidas nesse trabalho foram obtidas por meio da análise de prontuário e revisão de literatura. **RESULTADOS:** A EHI é uma das principais causas de morte no período neonatal onde cerca de 60 dos casos graves evoluem à óbito. A HT é a uma terapia disponível com efeito neuroprotetor comprovado, portanto, na tentativa de reduzir o risco de morte e sequelas neurológicas do nosso paciente, foi iniciado o protocolo dentro das primeiras seis horas de vida. O paciente não apresentou intercorrências significativas durante o procedimento, evoluiu com Encefalopatia crônica não progressiva e segue em acompanhamento multidisciplinar, sem necessidade de suporte ventilatório. **CONCLUSÃO:** A HT é uma técnica com ação neuroprotetora indicada para recém nascidos com asfixia perinatal, porém ainda distante de ter desfechos completamente satisfatórios. Sendo assim, é importante que mais estudos sobre os cuidados com a HT sejam realizados, principalmente em países com alta mortalidade neonatal e assistência deficiente.

PC-074 - Comentador: Paulo de Jesus H. Nader

ASSOCIAÇÃO ENTRE INTUBAÇÃO DE PACIENTES COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA (HDC) NA SALA DE PARTO E REPERCUSSÕES GASOMÉTRICAS NA PRIMEIRA HORA DE VIDA.; Estado: SP

WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (HCFMRP-USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS-CELINI (HCFMRP-USP); DANIELA TRIPOLONI NANNI RINALDI (HCFMRP-USP); PAULO MARTINS-FILHO (HCFMRP-USP); LUIS KANHITI OHAROMARI JUNIOR (HCFMRP-USP); ANA BEATRIZ TIEMY MITIDIERO (HCFMRP-USP); DAVI CASALE ARAGON (HCFMRP-USP); ALEXANDRE FABRO (HCFMRP-USP); LOURENÇO SBRAGIA (HCFMRP-USP)

Introdução: Todo paciente com HDC é intubado na sala de parto, independente de suas condições ao nascer, entretanto não há dados sobre as repercussões da intubação traqueal e pressão positiva (PP) nos HDC que não possuam indicações de manobras de reanimação neonatal (FC 100bpm ou desconforto respiratório ou apneia). **Objetivo:** Avaliar associação entre intubação na sala de parto em HDC e repercussões gasométricas na primeira hora de vida. **Métodos:** Estudo retrospectivo realizado no HCFMRP-USP, de 1982 a 2017. **Exclusão:** cardiopatias complexas, síndromes genéticas, descolamento placenta, prolapso cordão e dados incompletos. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a presença ou não de FC 100bpm e dificuldade respiratória. Gasometria arterial foi realizada com até 1 hora de vida. Para análise foram realizados Teste Exato de Fisher e Teste não Paramétrico de Wilcoxon. **Resultados:** Vinte e cinco pacientes foram incluídos. Entre os que nasceram com FC 100bpm e respiração adequada, 14,2 apresentavam fígado no tórax e razão LH 50, e 85,8 não apresentavam fígado no tórax com LH 50. Recém-nascidos com boas condições de nascimento e que receberam PP deveriam apresentar-se supostamente com níveis reduzidos de PCO₂ e elevados de PO₂. Entretanto, foi observado que os valores gasométricos de PO₂ e PCO₂ foram semelhantes aos do grupo de crianças que nasceram em piores condições e que receberam PP em sala de parto quando comparadas ao outro grupo (PO₂= 38.3 e PCO₂= 60.8 vs PO₂= 38.9 e PCO₂= 40.6, respectivamente). Não foi observada associação entre intubação na sala de parto e mortalidade (p=0.25). **Conclusão:** Os pacientes com HDC que não apresentavam necessidade de PP na sala de parto não apresentaram repercussões gasométricas negativas com a intubação o que sugere que este procedimento deva ser realizado ao nascimento mesmo em pacientes com boas condições ao nascer.

PC-075 - Comentador: Paulo de Jesus H. Nader

A GRAVIDADE DA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA ESTÁ ASSOCIADA ÀS CONDIÇÕES DE NASCIMENTO?; Estado: SP

WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS-CELINI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); DANIELA TRIPOLONI NANNI RINALDI (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); PAULO MARTINS-FILHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); LUIS KANHITI OHAROMARI JUNIOR (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); ANA BEATRIZ TIEMY MITIDIERO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); DAVI CASALE ARAGON (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); ALEXANDRE FABRO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP); LOURENÇO SBRAGIA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS FMRP-USP)

Introdução: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é uma patologia com alta mortalidade. O Consenso Europeu sobre HDC (2015) oferece a possibilidade de não intubação na sala de parto nos casos de hérnias com Lung-Head (LH) 50 e ausência de fígado na cavidade torácica, se o paciente estiver em boas condições. Entretanto não há dados sobre a associação da gravidade da HDC e condições de nascimento. **Objetivo:** Avaliar a associação entre condições de nascimento na sala de parto e gravidade da HDC. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo realizado no HCFMRP-USP, Ribeirão Preto, de 1982 a 2017. Todos os pacientes nascidos com diagnóstico de HDC foram incluídos. Os critérios de exclusão foram doença cardíaca maior, síndrome genética, descolamento prematuro de placenta, prolapso do cordão e falta de dados. As variáveis utilizadas para caracterizar as condições ao nascer foram Apgar 5, tônus, padrão respiratório, frequência cardíaca (FC) de primeiro e quinto minutos, necessidade de ressuscitação segundo o Manual de Reanimação Neonatal da SBP (pressão positiva na sala de parto se FC 100bpm e/ou dificuldade respiratória e/ou apneia). O teste exato de Fisher e o teste não paramétrico de Wilcoxon foram utilizados para avaliar a associação entre as variáveis no programa SAS 9.4. **Resultados:** Foram selecionados 128 pacientes com HDC. Completaram o estudo 23 pacientes. Entre os incluídos, 8 apresentavam HDC com fígado no tórax e LH50. Todas as hérnias estavam à esquerda (Bochdalek). Não foi observada associação entre gravidade da HDC, condições de nascimento ou necessidade de ressuscitação **Conclusão:** Não existe associação entre necessidade de reanimação na sala de parto e gravidade da HDC, considerando-se que a intubação na sala de parto deva ser indicada em todos os pacientes com este tipo malformação, independente das condições do neonato ao nascimento. Estudos adicionais são necessários a fim de se confirmar estes achados.

PC-076 - Comentador: Paulo de Jesus H. Nader

CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS E FISIOTERAPÊUTAS DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL; Estado: SP

ANA MARIA A. G. PEREIRA DE MELO (H. SAMARITANO SP); TERESA MARIA O. URAS BELEM (H. SAMARITANO SP); FRANCISCO LEMBO NETO (H. SAMARITANO SP)

Introdução: Dos 3 milhões de NV/ano cerca de 20.000 RN morreram na primeira semana de vida. A asfixia perinatal responde por 20 dos óbitos neonatais. A realização de uma assistência pré-natal adequada é importante para a redução da ocorrência de asfixia perinatal, assim como, a assistência adequada ao recém nascido ao nascer. É fundamental que esta assistência seja feita por uma equipe multiprofissional treinada e capacitada, afim de diminuir a morbimortalidade neonatal. **Objetivos:** 1-Capacitar enfermeiros e fisioterapeutas, que compõem a equipe multiprofissional, para o atendimento do recém-nascido em sala de parto, segundo a normatização do Programa de RNN da SBP. 2-Avaliar o conhecimento teórico-prático em reanimação neonatal(RNN) desses profissionais, pré e pós treinamento em RNN do RN com idade gestacional 34semanas, na ocasião do parto. **Metodologia:** Realizar o treinamento composto de 2 atividades teóricas com 1h de duração cada uma, e 4 atividades práticas. O tempo total de treinamento de 8 horas. Avaliar o conhecimento teórico no início do treinamento, e ao final, avaliar o conhecimento teórico e prático. O cronograma do treinamento envolveu a realização sequencial das seguintes atividades, previstas no programa de RNN-PRN SBP : 1- pré-teste; 2-aula teórica1; 3-atividade prática1; 4-atividade prática2; 5-aula teórica2; 6-atividade prática3; 7-atividade prática4; 8-pós teste e avaliação do curso. **Resultados:** Foram treinados 54profissionais(35 enfermeiros e 19 fisioterapeutas) no período compreendido entre Abril e Dezembro de 2016. O conteúdo utilizado foi baseado na última atualização em reanimação neonatal adotada pelo programa de reanimação neonatal brasileiro. A média de acertos no pré-teste foi de 15 acertos(60 do conteúdo). Em relação ao pós-teste houve um aumento de acertos para 23(92 do conteúdo).Todos os alunos desempenharam satisfatoriamente 90 das atividades práticas propostas. O treinamento foi avaliado como ótimo por 98 dos participantes. **Conclusão:** Consideramos motivador, eficiente e essencial a realização desses treinamentos da equipe multiprofissional que atua em sala de parto para a uniformização do conhecimento, e da assistência ao paciente, tornando-a cada vez mais segura e adequada.

PC-077 - Comentador: Ligia Maria S. Rugolo

TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO: 2016 E 2017; Estado: SP

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA-SBP); SILVIA HELOÍSA MOSCATEL LOFFREDO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); HELENILCE PAULA FIOD COSTA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); ANA MARIA ANDRELLA G. PEREIRA DE MELO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); MARIA ÂNGELA SARAIVA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); RENATO OLIVEIRA DE LIMA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); ANA TOMIE N. KURAUCHI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); CHEUNG HEI LEE RUSSO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP); CLAUDIA TANURI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO-SPSP/ SBP)

Introdução: O treinamento em reanimação neonatal de profissionais consiste numa das ações mais efetivas para redução da asfixia perinatal ao nascer e, consequentemente, da mortalidade neonatal. **Objetivo:** Analisar os treinamentos em reanimação neonatal ministrados no Estado de São Paulo (ESP) para médicos e profissionais de saúde, no período que se sucedeu após as novas condutas do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) de abril/16 a dez/17. **Método:** Estudo transversal descritivo que inclui todos os cursos realizados no ESP de maio/16 a dezembro/17. As informações foram extraídas através do banco de dados eletrônico fornecido pelo PRN da Sociedade Brasileira de Pediatria. Analisou-se o número de treinados de acordo com sua atividade profissional (médicos e profissionais de saúde) e o tipo de curso realizado (34 semanas e 8805; 34 semanas). **Resultados:** Em 20 meses, foram realizados 745 cursos em reanimação neonatal com 6587 profissionais aprovados nas novas Diretrizes, sendo que 59 dos cursos foram realizados no ano de 2017. Em relação aos médicos, 3307 foram aprovados em 335 cursos, sendo 57 treinados nos hospitais públicos e 53 nos municípios do Interior do Estado. Quanto aos profissionais de saúde, 2742 foram treinados nas novas condutas, sendo 53 em hospitais públicos e 64 na Capital e região Metropolitana. O curso de Reanimação Neonatal do prematuro 34 semanas contabilizou 538 profissionais treinados no período, com 63 pertencentes a hospitais públicos e 56 da Capital e região Metropolitana do Estado. **Conclusão:** As novas Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal nos cursos 8805; 34 semanas têm sido disseminadas no Estado de São Paulo, tanto em hospitais públicos quanto privados. A maior parte dos cursos foi realizada na Capital e região Metropolitana, principalmente quanto aos profissionais de saúde e ao curso do prematuro 34 semanas, o que mostra a necessidade de concentrar esforços na disseminação do PRN no Interior do ESP, a fim de melhorar a assistência imediata ao recém-nascido.

PC-078 - Comentador: Ligia Maria S. Rugolo

TRANSPORTE NEONATAL EM PACIENTES COM ALTO RISCO SEGUNDO NORMAS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA; Estado: SP

ANA BEATRIZ GONÇALVES (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE); FÁBIA PEREIRA MARTINS-CELINI (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE); ANA CAROLINA M H RICCIO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE); DANIELI CRISTINA TROIANO (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE); WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE)

Introdução: O transporte neonatal envolve riscos e esses podem ser evitados se normas forem seguidas para as transferências, entretanto em grande parte dos serviços neonatais essas recomendações não são seguidas, provavelmente por equipes que minimizam os riscos de um transporte neonatal e não consideram necessárias medidas específicas para essa ação. **Objetivos:** Avaliar intercorrências clínicas nos 7 dias após o transporte de pacientes internados nas Unidades Neonatais de acordo com alto escore de risco para transporte (TRIPS). **Materiais e Métodos:** Estudo prospectivo que avaliou 36 pacientes transportados da Unidade Neonatal do HC para a do HC Criança. Foram avaliados os pacientes que possuíam Índice de Estabilidade Fisiológica para Risco no Transporte (TRIPS) maior que 10 (risco aumentado de óbito ou HPIV até 7 dias após o transporte). O transporte foi realizado conforme é preconizado pela SBP. A equipe neonatal envolvida apresenta treinamento continuado em transporte neonatal. **Resultados:** Foram submetidas ao transporte intra-hospitalar 36 crianças, 8 (22,2) apresentavam TRIPS acima de 10 (valores médios destes índices pré transporte de 25,5) à saída; e 9 (25) a admissão (média 23,3). Os pacientes com TRIPS 10 apresentavam com idade gestacional média 29,8 semanas, peso de nascimento médio de 1379,3 g. Tempo de transporte 13,3 minutos. As variações de parâmetros fisiológicos de saída e chegada foram, respectivamente: Temperatura (36,1-35,9C), FC (146 -143 bpm), FR (46-52 rpm), Sat (94-96), Glicemia (103-100) e NIPS(0-1). Não houve óbito ou HPIV até 7 dias após o transporte. Apenas 1 paciente apresentou TRIPS de chegada superior ao de saída (1 para 14), mas não evoluiu com óbito ou piora da HPIV. **Conclusão:** Realizar o transporte neonatal dentro das recomendações da SBP protege os pacientes neonatais de intercorrências, mesmo quando apresentam um score TRIPS elevado.

PC-079 - Comentador: Renato S. Procianoy

PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR NEONATAL- PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÉDICA; Estado: SP

CRISTIANA ARAUJO GUILLER FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO); FLÁVIA SIMPHRONIO BALBINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO); MARIA MAGDA FERREIRA GOMES BALIEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO); MYRIAM APARECIDA MANDETTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO)

Introdução: No Brasil há poucos estudos sobre os benefícios da presença da família durante a reanimação cardiopulmonar (RCP). Questionamo-nos como a equipe médica percebe essa questão em sua prática em unidade neonatal. **Objetivos:** Identificar a percepção da equipe médica sobre a presença da família do recém-nascido durante a RCP. **Métodos:** Estudo do tipo survey, em unidade neonatal de um hospital público, em São Paulo, com 39 participantes da equipe médica. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento composto por variáveis sociodemográficas dos participantes e por quatro dimensões sobre crenças de profissionais da saúde relacionadas a presença da família durante a RCP. Na análise dos dados foi utilizado a estatística descritiva. **Resultados:** Da amostra 89,7 era do sexo feminino, 56,4 solteiros, 71,79 sem filhos, com idade de 26-45 anos (76,9); 64,1 tinham especialização e 76,9 com tempo de experiência de três ou mais anos na área. Quanto a aproximação com o tema família, 84,6 tiveram experiência de hospitalização com familiares; e 84,6 contato prévio sobre a temática em sua formação. Quanto a percepção da equipe médica: 53,11 concordam sobre os benefícios da presença da família durante a RCP, 54,74 relacionam prejuízos para a prática profissional com a presença da família, 55,3 apontam estratégias para inclusão da família e 45,2 percebem a limitação do aprendizado e da tomada de decisão pelo profissional. **Conclusão:** Os profissionais médicos percebem interferência da presença da família em sua prática profissional ou tomada de decisão, apontando para a necessidade de modificação na cultura organizacional das instituições e na formação profissional para atuar com famílias neste contexto.

PC-080 - Comentador: Renato S. Procianoy

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR: O QUE INTERFERE NA TEMPERATURA PÓS-TRANSPORTE?; Estado: SP

ANNA LUIZA PIRES VIEIRA (EPM-UNIFESP); MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (EPM-UNIFESP); CARLA SERRANO (EPM-UNIFESP); ANA CAROLINA SILVA NASCIMENTO (EPM-UNIFESP); JULIANA ABREU BARBIERI (EPM-UNIFESP); DEYSE HELENA FERNANDES CUNHA (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP)

Introdução: A hipotermia após o transporte interfere negativamente no desfecho neonatal. **Objetivo:** Verificar fatores de risco associados à hipotermia em RN após transporte intrahospitalar (TIH) para cirurgias e exames subsidiários. **Método:** Estudo transversal de todos os 252 TIH para cirurgias e exames subsidiários em 2015-2017 por equipe de 2 médicos capacitados em transporte. Comparou-se, entre RN transportados para cirurgia (Grupo-CIR) e exames (Grupo-EX), a frequência de

temperatura axilar (Tax) menor que 36,5°C (=hipotermia) e Tax menor que 36,0°C (=hipotermia moderada), além da Tax pós-transporte (Tax-Pós) nos primeiros 10min após retorno à UTI Neonatal. Fatores associados à hipotermia pós-chegada foram analisados por regressão logística e os associados à Tax-Pós por regressão linear. **Resultados:** Dos 252TIH, 35 foram para cirurgia e 65 exames. RN dos G-CIR e G-EX eram semelhantes para: IG(35,8±3,5 vs.35,2±4,1sem), idade no transporte(46±75 vs.44±49dias), temperatura pré-transporte(36,6±0,3 vs.36,6±0,3°C) e hipotermia pré-transporte (27 vs.25). Os RN do G-CIR vs. G-EX diferiram para peso ao nascer(2605±800 vs.2335±899g), escore de risco para intercorrências(ERTIH; 18±3 vs.13±3), duração do transporte(179±65 vs.103±54min) e uso de oxigênio(83 vs.18). Não houve diferença entre G-CIR vs. G-EX para Tax-Pós (36,4±0,8 vs.36,5±0,5) e hipotermia pós-transporte (38 vs.44). A hipotermia moderada pós-transporte ocorreu em 24-G-CIR vs. 9-G-EX (p=0,002). Na regressão ajustada para destino do TIH, ano, IG, peso ao nascer, idade, duração do transporte, Tax pré-transporte e uso de oxigênio, cada ano a mais reduziu em 31 a chance de hipotermia pós-transporte (IC95:0,49-0,08). O uso de oxigênio [Beta:-0,158 (IC95:-0,308;-0,009)] e a redução da temperatura axilar pré-transporte [Beta:-0,243 (IC95:0,003;-0,488)] associaram-se à redução na Tax-Pós. **Conclusão:** O ano de realização, mas não o destino do RN, associou-se à redução de hipotermia moderada pós-transporte. A redução da temperatura axilar do RN no retorno à UTI se associou ao uso de oxigênio no transporte e à temperatura axilar do RN na saída para o transporte.

PC-081 - Comentador: Renato S. Prociandy

REDUÇÃO DA MORTALIDADE NEONATAL PRECOZE ASSOCIADA À ASFIXIA AO NASCER NO BRASIL: SÉRIE TEMPORAL 2005-2013;

Estado: SP

MF B DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP); R GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MD KAWAKAMI (EPM-UNIFESP); LMO MOREIRA (UFBA); LM ANCHIETA (UFMG); COORDENADORES ESTADUAIS PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (SBP)

Introdução: Com a finalidade de planejar políticas públicas efetivas para diminuir a mortalidade neonatal, principal componente da mortalidade abaixo de 5 anos no Brasil, é importante conhecer a contribuição da asfixia ao nascer. **Objetivo:** Avaliar a frequência da morte neonatal precoce associada à asfixia ao nascer entre 2005 e 2013 em nascidos vivos brasileiros. **Método:** Estudo populacional dos nascidos vivos que morreram até 6 dias no Brasil de 2005 a 2013 com asfixia perinatal, sem malformações. Definiu-se asfixia se, em qualquer linha da declaração de óbito, 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 declarações de óbito foram duplamente digitados. A análise foi descritiva de acordo com ano e região geográfica do óbito. **Resultados:** De 2005-13, 34.982 mortes precoces associadas à asfixia ocorreram no Brasil em RN sem malformações: 4879 em 2005; 4474 em 2006; 4140 em 2007; 4047 em 2008; 3885 em 2009; 3608 em 2010; 3455 em 2011; 3321 em 2012; e 3173 em 2013. A mortalidade neonatal precoce associada à asfixia ao nascer por 1000 nascidos vivos brasileiros foi: 1,61 em 2005; 1,52 em 2006; 1,43 em 2007; 1,37 em 2008; 1,34 em 2009; 1,20 em 2010; 1,19 em 2011; 1,14 em 2012; e 1,09 em 2013, com redução de 32 no período (qui-quadrado de tendência; p,001) e cerca de 4 ao ano. Observou-se queda dessa taxa em 4 regiões, comparando-se 2005 vs. 2013: Norte 1,80 vs. 1,39; Nordeste 2,21 vs. 1,67; Sudeste 1,33 vs. 0,67; e Sul 1,14 vs. 0,63. Na região Centro-Oeste, as taxas permaneceram similares de 2005 (1,10) a 2013 (1,09). **Conclusão:** Houve queda importante nos últimos anos da mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal no Brasil. Apesar disso, 9 recém-nascidos sem malformações congênitas ainda morrem ao dia na primeira semana após seu nascimento por causas associadas à asfixia perinatal.

PC-082 - Comentador: Rossiclei S. Pinheiro

AValiação DA QUALIDADE DO ATENDIMENTO AOS RECÉM-NASCIDOS A TERMO EM SALA DE PARTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DURANTE JANEIRO DE 2016; Estado: RS

JÉSSICA ULLMAR WEBER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); MILENA PRUX BORGES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); PAULO DE JESUS H. NADER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); SILVANA SALGADO NADER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde, após o nascimento a temperatura axilar ideal situa-se entre 36,5°C a 37,5°C, estando a hipotermia associada ao aumento de morbimortalidade neonatal. Este trabalho visa a avaliar a qualidade de atendimento prestada aos recém-nascidos (RNs) na sala de parto e Unidade de Interação Neonatal (UTIN), através da temperatura axilar. **MÉTODOS:** Estudo transversal, realizado através da análise de prontuários dos pacientes a termo, nascidos em janeiro de 2016. As variáveis analisadas foram a idade gestacional, a temperatura axilar entre 1 e 2 horas após o nascimento. Em todos os RNs foi feito o contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de hipotermia e os procedimentos de reanimação em sala de parto. **RESULTADOS:** : Dos 312 pacientes nascidos a termo, 32,4 nasceram via parto cesáreo e 86,2 realizaram contato pele-a-pele. A hipotermia neonatal após o parto esteve presente em 51,92 dos pacientes, sendo que 8,01 apresentaram hipotermia moderada. Nenhum paciente necessitou compressão cardíaca, adrenalina ou foi a óbito e apenas 3,2 dos pacientes foram diretamente da sala de parto para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Dos bebês com hipoglicemia, 46,6 foram considerados grandes para a idade gestacional. A cesariana foi associada à necessidade de algum tipo de reanimação, em 75,2 dos casos. **CONCLUSÃO:** A hipotermia foi verificada em mais de 50 dos nos RNs a termo. O parto cesáreo apresentou uma maior necessidade de reanimação. Nenhum dos RNs apresentou sintomatologia clínica decorrente a hipotermia.

PC-083 - Comentador: Rossiclei S. Pinheiro

ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO AOS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO EM RELAÇÃO A TEMPERATURA AXILAR NA ADMISSÃO DA UTI NEONATAL E SEUS DESFECHOS, EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO ANO DE 2016.; Estado: RS

MILENA PRUX BORGES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); JÉSSICA ULLMAN WEBER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); PAULO DE JESUS H. NADER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL); SILVANA SALGADO NADER (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

INTRODUÇÃO: Segundo a Organização Mundial de Saúde, após o nascimento a temperatura axilar ideal situa-se entre 36,5°C a 37,5°C, estando a hipotermia associada ao aumento de morbimortalidade neonatal, principalmente nos prematuros. Consideramos prematuros os nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, sendo os prematuros de muito baixo peso aqueles com peso inferior a 1500g (RNMBP). Uma das tarefas mais difíceis que os prematuros enfrentam é o controle da temperatura por conta de sua imaturidade termorreguladora, sendo particularmente suscetíveis à hipotermia, principalmente se o ambiente não estiver adequado, estando relacionado com o aumento da morbimortalidade. Um marcador efetivo encontrado na literatura é a mensuração da temperatura axilar na admissão da UTI neonatal (UTIN). O objetivo deste estudo foi avaliar a reanimação neonatal prestada à população de RNMBP, no Hospital Universitário, através da correlação de achados clínicos, com o valor da temperatura axilar na admissão da UTIN, e as manobras de reanimação realizadas. **MÉTODOS:** Estudo transversal, retrospectivo realizado através da análise de prontuários dos prematuros com RNMBP, nascidos em 2016. As variáveis analisadas foram a idade gestacional, a temperatura axilar entre e a temperatura de admissão na UTI Neonatal. **RESULTADOS:** Dos 72 pacientes RNMBP, 56,9 apresentaram algum grau de hipotermia na chegada na UTI e 37,5 foram admitidos com hipotermia moderada. Dos RNMBP que chegaram na UTI com hipotermia, 36 foram a óbito. Dos RNs que não utilizaram CPAP apenas 28 chegaram a UTI com a temperatura considerada adequada. Em relação ao óbito, houve diferença estatisticamente significativa nos prematuros com hipotermia (tax 8804; 36,3 °C), quando comparadas com os prematuros com normotermia (p,019). **CONCLUSÃO:** A incidência de hipotermia leve e moderada é 56,9. Os dados encontrados mostram uma relação com hipotermia neonatal, procedimentos e mortalidade.

PC-084 - Comentador: Sergio Ricardo L. de Oliveira

PREVLÊNCIA DE VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA COM MÁSCARA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO; Estado: SP

ANA PAULA ALONSO MONTE CLARO (HOSPITAL PUC CAMPINAS/FACULDADE PUC CAMPINAS); MARILIA NOGUEIRA GARROUX (HOSPITAL PUC CAMPINAS); CAMILA CARNEIRO CIFUENTES (HOSPITAL PUC CAMPINAS); ROBERTA ISMAEL LACERDA MACHADO (UNIFESP); LUANA BOSCHETTI ALMEIDA (HOSPITAL PUC CAMPINAS); JULIANA D'ANDREA PINTO (HOSPITAL PUC CAMPINAS)

Introdução: A VPP é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação neonatal. Seu emprego correto tem valor prognóstico na reanimação. Estudos mostram que a cada 10 nascimentos com idade gestacional acima de 34 semanas, 1 necessita de ajuda para iniciar a respiração. **Objetivo:** Avaliar a incidência de VPP em sala de parto de um serviço universitário terciário, e suas associações com via de parto, idade gestacional. **Método:** Estudo transversal retrospectivo que analisou dados coletados em rotina de sala de parto e prontuários eletrônicos do período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017. **Resultados:** Analisados dados coletados de 2453 nascimentos no período supracitado, houve necessidade de VPP em 143 ocasiões. No grupo de RN acima de 34 semanas a prevalência foi maior ($p < 0,005$). O grupo de 34 semanas apresentou maior Intubação orotraqueal, porém menor VPP com máscara. No grupo de via de parto vaginal a prevalência foi maior, mas sem significância estatística ($p > 0,5$). **Conclusão:** Em um hospital de elevada complexidade espera-se uma maior necessidade de VPP em sala de parto. Na nossa avaliação os prematuros de 34 semanas foram mais intubados na reanimação, sem VPP com máscara previamente. Ressaltamos a necessidade do seguimento do fluxograma de reanimação em sala de parto para melhor evolução dos prematuros.

PC-085 - Comentador: Sergio Ricardo L. de Oliveira

INCIDÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO; Estado: SP

ANA PAULA ALONSO MONTE CLARO (HOSPITAL PUC CAMPINAS/FACULDADE PUC CAMPINAS); MARILIA NOGUEIRA GARROUX (HOSPITAL PUC CAMPINAS); CAMILA CARNEIRO CIFUENTES (HOSPITAL PUC CAMPINAS); ROBERTA ISMAEL LACERDA MACHADO (UNIFESP); LUANA BOSCHETTI ALMEIDA (HOSPITAL PUC CAMPINAS); JULIANA D'ANDREA PINTO (HOSPITAL PUC CAMPINAS)

INTRODUÇÃO: Os avanços na área da reanimação neonatal acontecem de modo rápido e dinâmico, porém a asfixia neonatal continua sendo muito incidente, e suas consequências causam significativa mortalidade e morbidade. Estudos mostram uma incidência de 1-6 a cada 1000 nascidos a termo, sendo a terceira causa de mortalidade em recém-nascidos. **MÉTODO:** Estudo retrospectivo transversal que analisou dados coletados através de prontuários eletrônicos do período de dezembro de 2016 a dezembro de 2017 de partos realizados pelo serviço via SUS. A amostra foi constituída de todos os recém-nascidos deste período e avaliados aqueles com diagnóstico de asfixia baseado nos critérios da Academia Americana de Pediatria, totalizando 23 casos. **RESULTADOS:** Foram avaliados 2453 nascimentos no período supracitado a incidência média foi de 0,9, estatística compatível com a média brasileira. **CONCLUSÃO:** No nosso serviço de neonatologia apesar de ser um serviço terciário de grande complexidade, apresenta uma incidência de asfixia perinatal semelhante a média brasileira.

Feita associação entre hipótese diagnóstica em sala de parto baseada em critérios para asfixia neonatal da Academia Americana e diagnóstico na ocasião da alta da UTI neonatal. Associação com via de parto. **RESULTADOS:** Analisados dados coletados de 2453 nascimentos no período citado. **CONCLUSÃO:** Em serviço terciário com maior probabilidade de casos de maior complexidade, é de se esperar maior incidência de asfixia neonatal

PC-086 - Comentador: Tatiana R. Maciel

FATORES DE RISCO RELACIONADOS A REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO.; Estado: PR

CRISTINA TERUMY OKAMOTO (UNIVERSIDADE POSITIVO/HOSPITAL DO TRABALHADOR); DANIEL AUGUSTO FRANCISCO JURADO (UNIVERSIDADE POSITIVO); FERNANDA EHRL (UNIVERSIDADE POSITIVO); LEONARDO MARCON GUEDES (UNIVERSIDADE POSITIVO); LUANA FÁTIMA RAMOS (UNIVERSIDADE POSITIVO); LYGIA MARIA COIMBRA DE MANUEL PETRINI (UNIVERSIDADE POSITIVO)

Introdução: Asfixia perinatal é uma das maiores responsáveis pela morte no período neonatal, podendo chegar a cerca de 717 mil mortes por ano. Existem fatores de risco identificáveis que aumentam as chances da ocorrência deste quadro. **Objetivos e métodos:** Identificar os principais fatores de risco relacionados à asfixia perinatal e consequente necessidade de reanimação na sala de parto. O estudo é retrospectivo e analisou 162 recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso (RNPTMBP) nascidos em um hospital terciário entre os anos de 2013 e 2016. Os RN's foram classificados em: A) sem necessidade de reanimação, B) necessidade de reanimação – no qual inclui oxigênio, ventilação com pressão positiva (VPP), intubação orotraqueal (IOT), massagem e drogas. **Resultados:** Dos 162 RNPTMBP 80,8 precisaram de intervenções na sala de parto (131), destes, 96,19 tiveram idade gestacional (IG) menor que 34 semanas. Quase metade da amostra tinha peso inferior a 1000g (48,8) e as intercorrências na gestação que mais contribuíram para necessidade de reanimação neonatal foram: doença hipertensiva específica da gestação e hipertensão arterial sistêmica (DHEG/HAS), que nesta amostra sempre apareceram associadas, e estiveram presentes em 35,11 dos casos; seguida de trabalho de parto prematuro (TPP) 25,1 e oligodrâmnio 10,6. **Conclusão:** De acordo com esta amostragem pode-se notar uma relação direta entre baixa IG e necessidade de intervenção na sala de parto, assim como baixo peso ao nascer, visto que metade da amostra que necessitou de reanimação é considerada de extremo baixo peso. Por fim, as intercorrências na gestação levaram a prematuridade e consequentemente aumentaram as necessidades de intervenções perinatais, sendo possível identificar as principais intercorrências relacionadas ao quadro de modo que permita um maior conhecimento sobre o assunto e melhora no manejo destas gestantes.

PC-087 - Comentador: Tatiana R. Maciel

SIMULANDO A SALA DE PARTO! O ENSINO DAS DIRETRIZES DE REANIMAÇÃO NEONATAL NA GRADUAÇÃO DE MEDICINA.; Estado: PR

GISLAYNE NIETO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); BRUNA LEITE MOREIRA ALVES (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); GABRIELA ESMANHOTO RODRIGUES (FACULDADE EVANGÉLICA DO PARANÁ); VIRGILIO FROTA ROSSATO (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE); VITÓRIA MALLMANN FEDEGER (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

Introdução: Atualmente, cursos de Medicina com metodologia ativa implementam, visando maior capacitação profissional, aulas sobre o Protocolo de Reanimação Neonatal, outrora direcionado apenas aos residentes e médicos especialistas. **Métodos:** Acadêmicos do quinto período do curso de medicina das Faculdades Pequeno Príncipe no módulo "Habilidades Médicas e Comunicação" praticaram seus conhecimentos baseados nas Diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2016). As aulas eram ministradas por meio de simulações de casos frequentes presentes na sala de parto, associadas a pré-testes e pós-testes acerca do conteúdo. **Resultados:** A introdução de simulações possibilita a execução de uma abordagem sequencial na sala de parto. Dessa forma os graduandos demonstram-se aptos para o reconhecimento e direcionamento terapêutico ideal em possíveis situações emergenciais. Além disso, a inclusão do pré-teste proporciona aos estudantes a revisão do conteúdo previamente estudado, o reconhecimento de dúvidas e evidencia os objetivos da aula. O pós-teste garante a fixação do conteúdo e a correção de erros. Também, os dois momentos de feedback beneficiam os professores, que podem avaliar a qualidade do estudo prévio e da aula ministrada. **Conclusão:** A familiarização com as técnicas de reanimação neonatal durante a graduação beneficia estudantes, instituições hospitalares e os pacientes. Uma vez que, possibilita o treinamento supervisionado e seguro anterior às vivências médicas. Permitindo a correção de erros, prevenção de óbitos neonatais principalmente por causas evitáveis, como a asfixia, e redução de custos, devido às menores sequelas e impactos familiares. A inserção do tema Reanimação Neonatal no currículo dos cursos de Medicina é de suma importância, pois garante aos estudantes a criticidade do raciocínio e o estabelecimento de prioridades no atendimento em sala de parto.



Temas Livres

20/02/18:

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.

05/03/18

Divulgação no site www.simposioreanimacao2018.com.br sobre o aceite do trabalho para apresentação como Pôster Comentado.

Os trabalhos aceitos ficarão expostos sob a forma de pôster nos dias 05 e 06/04/2018 das 8h00 às 18h00 e o autor deverá estar presente no dia 06/04/2018 (6ªf), das 13h00 às 14h00 quando serão realizadas visitas por um comentador.

O autor que apresentar o trabalho deverá estar inscrito no Simpósio. Após o término do Simpósio, os trabalhos apresentados ficarão disponíveis no site da Sociedade Brasileira de Pediatria no item – Anais dos Congressos.

A classificação será feita de acordo com a avaliação feita por três neonatologistas. O trabalho melhor pontuado receberá o prêmio “Prof. Antonio Carlos Bagatin” a ser entregue na abertura do evento.

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 autores autorizaram a Comissão Organizadora do 7º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal a publicar o resumo em versão impressa 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.

COMISSÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Certificado de Atualização Profissional da Associação Médica Brasileira – “Apresentação de tema livre ou pôster confere 2 pontos por trabalho ao autor ou co-autor, limitado a 5 trabalhos por evento”



LOCAL DO EVENTO

Hotel Bourbon
Rodovia das Cataratas, KM 2,5, 2345, Vila Yolanda - Foz do Iguaçu – PR

SECRETARIA LOCAL - HORÁRIOS

04/04 das 14:00 às 18:00 – A secretária estará aberta para Credenciamento e Novas Inscrições
05/04 a 07/04 – das 07:00 às 18:00

CRACHÁS

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

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – Para atender à regulamentação da ANVISA, durante a realização do evento só será permitida a distribuição de amostras grátis, brindes e promoção de medicamentos de venda sob prescrição médica para profissionais habilitados a prescrevê-los. Assim, os crachás estão diferenciados com a informação MÉDICO / NÃO PRESCRITOR.

VISITANTES/ACOMPANHANTES

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

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

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

VISITA AOS PÔSTERES COMENTADOS

Exposição 05 e 06/04 das 8:00 às 18:00
Visita com comentadores e autores - 06/04 das 12:00 às 14:00

ATENDIMENTO MÉDICO

Durante as atividades científicas o evento contará com atendimento para primeiros-socorros. Uma ambulância UTI estará de plantão no local. Em caso de emergência informe-se na secretaria do evento

CERTIFICADOS

Estarão disponíveis para download e impressão no site do simpósio: www.simposioreanimacao2018.com.br, 10 dias após o evento.

AVISOS IMPORTANTES

- Proibido fumar nas dependências do Centro de Eventos.
- Proibido fotografar ou filmar as atividades científicas, bem como a utilização de qualquer informação ou material científico apresentado, sem a autorização prévia, por escrito, da SBP.
- Durante as sessões científicas, solicita-se que os telefones celulares sejam desligados ou, para casos de emergência, seja ativada a opção silenciosa dos mesmos, evitando problemas com os palestrantes, com a plateia ou com interferência no som da sala.
- Cuide dos seus pertences não deixando-os nas salas nos intervalos. O Hotel Bourbon, as empresas Promotora e Organizadora do evento não se responsabilizarão por nenhuma ocorrência.

Devido à Legislação Autoral (direitos autorais) não será permitido filmar ou fotografar o conteúdo total ou parcial das Atividades Científicas programadas.



70^o SIMPÓSIO INTERNACIONAL - DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Realização:



Promoção:



Apoio:



Organização:

Ekipe de Eventos

41 3022-1247 | ekipe@ekipedeeventos.com.br

Agência de Viagens:

MV Viagens

21 2722-2718 | www.mvviagens.com.br

"Este evento recebeu patrocínio de empresas privadas de acordo com a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras."