

30 ANOS



9º

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

9th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON NEONATAL RESUSCITATION

30 de maio a 1º junho de 2024 | São Paulo – SP



PROGRAMA e ANAIS



Clóvis Francisco Constantino
Presidente da SBP

Colegas pediatras, grande abraço da SBP.

Vocês estão diante da cuidadosa programação de mais um Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal, 2024.

Desta vez, ocorrerá em São Paulo, no Centro de Convenções Frei Caneca.

O período é de 30 de maio a 1º de junho.

É o de número 09, com a marca de 30 anos de absoluto sucesso de um Programa Nacional e, cada vez mais Internacional.

Uma programação científica digna de nota de destaque. Vejam-na com atenção.

Observem com zelo tudo o que será apresentado, refletido e discutido; ao fim e ao cabo estarão com conceitos científicos devidamente atualizados com as devidas referências e com sentido prático incomparável. Há muitas novidades para vocês!

Certamente, em suas vidas profissionais, continuarão a minimizar sofrimento, a salvar vidas e a reduzir o importante indicador da Mortalidade Infantil (MI)

com a máxima competência atualizada e aperfeiçoada.

Além de tudo, vamos confraternizar.

Bom Congresso!

Solidariedade aos cidadãos gaúchos!!



Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Presidente do 9º Simpósio Internacional
de Reanimação Neonatal

Prezados colegas

No período de 30 de maio a 1º de junho de 2024, a Sociedade Brasileira de Pediatria realizará o 9º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal em São Paulo no Centro de Eventos no Shopping Frei Caneca.

A comissão organizadora está providenciando tudo para que este encontro seja especial em um espaço confortável e acolhedor. A localização, infraestrutura e segurança são excelentes. Além de estar dentro de um Shopping Center, está próximo da Avenida Paulista, com grande disponibilidade de hotéis, restaurantes e lojas que oferecem serviços diferenciados e de qualidade.

A programação científica está sendo cuidadosamente preparada, abordando os mais diversos temas, de modo a atingir as expectativas de todos os participantes e contribuir em sua atualização. Com espaço para debates e troca de ideias, com palestrantes internacionais e nacionais renomados.

O evento será uma oportunidade de encontrar os amigos, se atualizar e trocar experiências. Desejamos que sejam dias agradáveis, combinando ciência e confraternização.

Estamos esperando por vocês. Só assim o evento será profícuo e grandioso. Sejam Bem-vindos!

Convidamos todos vocês a participarem do 9º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal.

O ano de 2024 é muito especial para o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria pois completamos 30 anos de existência. Nesse período, o Programa mostrou seu dinamismo e importância ao certificar cerca de 140 mil profissionais da área da saúde, envolvendo a atuação de mais de 1100 pediatras instrutores.

O Simpósio contará com a presença de 3 convidados internacionais, membros do International Liaison Committee on Resuscitation, para atualização quanto ao estado da arte em vários tópicos da reanimação neonatal, além de convidados nacionais com ampla atuação na área.

Venham participar desse momento histórico, se atualizar e trocar experiências. Mas, principalmente, venham trocar o carinho tão característico dos brasileiros na comemoração de um programa que é uma realização conjunta dos pediatras de nosso país.

Esperamos vocês!!

Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg
Presidência da Comissão Científica do 9º Simpósio Internacional
de Reanimação Neonatal



O 9º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal será realizado em São Paulo de 30 de maio a 1º de junho de 2024. Com várias conferências e painéis, o Simpósio contará também com a presença de 4 convidados internacionais que, ao lado dos nossos palestrantes, muito contribuirão para que sejam debatidos tópicos de interesse e com a oportunidade de atualização científica nestes assuntos de tanta relevância. Mais de 1.000 profissionais da área da saúde são esperados, entre eles, neonatologistas, pediatras que trabalham em sala de parto, fisioterapeutas, enfermeiros, residentes e acadêmicos de medicina. E, com grande alegria e orgulho, neste Simpósio comemoremos os 30 anos do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, contribuindo para que este evento seja ainda mais especial. Até lá!



Renata D Waksman
Presidente da Sociedade
de Pediatria de São Paulo

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente da SBP: Clóvis Francisco Constantino
Presidente da Filiada: Renata Dejtiar Waksman
Presidente do Congresso: Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Diretoria de Cursos e Eventos da SBP: Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Secretário Geral do Congresso: Sérgio Tadeu Martins Marba
Primeira Secretária: Maria Tereza Fonseca da Costa
Segunda Secretária: Maria Fernanda Branco de Almeida
Responsável técnica: Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck



COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidência:
Maria Fernanda Branco de Almeida e
Ruth Guinsburg
Vice-presidência:
Mandira Daripa Kawakami e
Sílvia Heloísa Moscatel Loffredo
Diretora de Cursos, Eventos e Promoções da SBP:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
Diretor Científico da SBP:
Dirceu Solé

Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP
Gislayne C de Souza Nieto (PR)
João César Lyra (SP)
José Henrique Silva Moura (PE)
José Roberto de Moraes Ramos (RJ)
Leila Denise Cesário Pereira (SC)
Lêni Márcia Anchieta (MG)
Marynéa Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Membros do Programa de Reanimação Neonatal da SBP - SPSP
Ana Beatriz Gonçalves
Ana Maria Andrello G. Pereira de Melo
Ana Tomie Nakayama Kurauchi
Celeste Gomez Sardinha
Gladys Gripp Bicalho
Helenilce de Paula Fiod Costa
Renato Oliveira de Lima

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Presidentes:
Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo Rugolo (SP)
Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)
Márcia Gomes Penido Machado (MG)

Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP
Daniela Testoni Costa-Nobre (SP)
Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)
Gabriel Todeschi Variante (SP)
Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)
Tatiana Ribeiro Maciel (BA)

Membros do Programa de Reanimação Neonatal da SBP - SPSP
Antonio Carlos de Moraes
Bettina Barbosa Duque Figueira
Cheung Hei Lee Russo
Cláudia Tanuri
Cristina Gardonyi Carvalheiro

Grasiela Bossolan
Lúcia Lago Gonzalez
Maria Angela Saraiva
Marina Vanzela Lânia
Patricia Fernanda Carrenho Ruiz

COMISSÃO DE HOMENAGEADOS ESPECIAIS

Luís Eduardo Vaz Miranda
José Maria de Andrade Lopes
Alzira Helena Lobo
José Orleans da Costa

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

Prof. ANUP C KATHERIA, MD

San Diego, California, EUA
Professor Associado e Diretor do
Instituto de Pesquisa Neonatal
UTIN da Sharp Mary Birch
Hospital for Women & Newborns.
Membro do Grupo de Experts da
Força Tarefa Neonatal do ILCOR.



Prof. ARJAN TE PAS, MD

Lieden, Holanda
Professor de Pediatria da Leiden
University Medical Center e
Membro do Grupo de Experts da
Força Tarefa Neonatal do Comitê
Internacional de Reanimação
ILCOR.



Prof. GARY M WEINER, MD

Ann Harbor, Michigan, EUA
Professor de Medicina
Neonatal-Perinatal. Diretor da
UTIN da University of Michigan
Health System. Editor do TextBook
of Neonatal Resuscitation – NRP
AAP e Vice-coordenador da
Força-Tarefa Neonatal do ILCOR.



Prof. THOMAS F BURK

Boston, Massachusetts, EUA
Professor Associado da Harvard
Medical School. Chefe da Divisão
de Inovação em Saúde Global
Departamento de Emergência
Médica.



PROGRAMA CIENTÍFICO

30 DE MAIO | QUINTA-FEIRA

08:30 - 09:10 SESSÃO DE ABERTURA

CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO – Presidente da SBP

RENATA D WAKSMAN - Presidente da SPSP

LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK – Presidente do Simpósio

MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA – Presidente da Comissão Científica

RUTH GUINSBURG – Presidente da Comissão Científica

SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA - Secretário Geral do Simpósio

09:10 - 10:00 Conferência: PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL - 30 ANOS: CONQUISTAS E DESAFIOS

Coordenadores: CLÓVIS FRANCISCO CONSTANTINO (SP) e LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA (RJ)

Palestrantes: MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP) e RUTH GUINSBURG (SP)

10:00 - 10:30 INTERVALO

10:30 - 12:00 Conferência: LIÇÕES DO FUTEBOL: COMO MELHORAR O DESEMPENHO EM EQUIPE NA REANIMAÇÃO NEONATAL

Coordenadoras: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (BA) e MARYNEA SILVA DO VALE (MA)

10:30 - 11:15 Palestrante: GARY M WEINER (EUA)

11:15 - 12:00 Perguntas

12:00 - 12:30 Conferência: INOVANDO PARA TRANSFORMAR A SAÚDE GLOBAL

Coordenadora: MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP)

Palestrante: THOMAS BURKE (EUA)

12:30 - 13:30 INTERVALO

13:30 - 14:00 Lançamento livro: TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO - Diretrizes SBP 2024 - no stand da SBP

14:00 - 15:15 Conferência: OTIMIZANDO O MANEJO DO CORDÃO UMBILICAL NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Coordenadoras: DANIELA TESTONI COSTA NOBRE (SP) e SILVIA HELOISA MOSCATEL LOFFREDO (SP)

14:00 - 14:45 Palestrante: ANUP C KATHERIA (EUA)

14:45 - 15:15 Perguntas

15:15 - 16:30 Conferência: MONITORIZAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO: ESTADO DA ARTE

Coordenadores: JOÃO CESAR LYRA (SP) e ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SP)

15:15 - 16:00 Palestrante: ARJAN TE PAS (HOLANDA)

16:00 - 16:30 Perguntas

16:30 - 17:00 INTERVALO

17:00 - 18:00 **Painel: TRANSPORTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO LOGO APÓS O NASCIMENTO: ASPECTOS PRÁTICOS E DESAFIOS**

17:00 - 17:15 *Relator: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (SP)*

17:15 - 18:00 *Painelistas: JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SP), PAULO DE JESUS HARTMANN NADER (RS), JOSÉ ROBERTO DE MORAES RAMOS (RJ), MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (MG) e MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO (MG)*

18:00 - 19:00 **REUNIÃO COM OS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP**

Coordenadoras: MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP) e RUTH GUINSBURG (SP)

31 DE MAIO | SEXTA-FEIRA

08:00 - 09:10 **Conferência: MANEJO DO CORDÃO UMBILICAL NO RECÉM-NASCIDO NÃO VIGOROSO**

Coordenadoras: LÊNI MÁRCIA ANCHIETA (MG) e HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (SP)

08:00 - 08:45 *Palestrante: ANUP C KATHERIA (EUA)*

08:45 - 09:10 Perguntas

09:10 - 10:20 **Conferência: SUPORTE RESPIRATÓRIO NO PREMATURO AO NASCIMENTO**

Coordenadores: JOSÉ MARIA DE ANDRADE LOPES (RJ) e TATIANA RIBEIRO MACIEL (BA)

09:10 - 09:55 *Palestrante: ARJAN TE PAS (HOLANDA)*

09:55 - 10:20 Perguntas

10:20 - 10:50 INTERVALO

10:50 - 12:00 **Conferência: CONTROVÉRSIAS QUE VÃO E VOLTAM: MECÔNIO E OXIGÊNIO**

Coordenadores: MARCELA DAMÁSIO RIBEIRO DE CASTRO (MG) e RENATO OLIVEIRA DE LIMA (SP)

10:50 - 11:35 *Palestrante: GARY M WEINER (EUA)*

11:35 - 12:00 Perguntas

12:00 - 13:20 INTERVALO

13:20 - 14:20 **SESSÃO DE PÔSTERES COMENTADOS**

Comentadores: ANA BEATRIZ GONÇALVES (SP), ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SP), ANA TOMIÉ NAKAYAMA KURAUCHI (SP), ANTÔNIO CARLOS DE MORAES (SP), BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SP), CELESTE GOMEZ SARDINHA OSHIRO (SP), CELSO MOURA REBELLO (SP), CHEUNG HEI LEE RUSSO (SP), CLAUDIA TANURI (SP), CRISTINA GARDONYI CARVALHEIRO (SP), DANIELA TESTONI COSTA NOBRE (SP), DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (PE), GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (SP), GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (PR), GLADYS GRIPP BICALHO (SP), GRASIELA BOSSOLAN (SP), HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (SP), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SP), JOÃO CESAR LYRA (SP), JOSÉ HENRIQUE SILVA MOURA (PE), JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS (RJ), LEILA DENISE CESARIO PEREIRA (SC), LÊNI MÁRCIA ANCHIETA (MG), LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (BA), LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (SP), LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (SP), LÚCIA LAGO GONZALEZ (SP), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SP), MARCELA DAMÁSIO RIBEIRO DE CASTRO (MG), MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (MG), MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO (MG), MARIA ÂNGELA SARAIVA (SP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP), MARINA VANZELA LÂNIA (SP), MARYNEA SILVA DO VALE (MA), PATRICIA FERNANDA CARRENHO RUIZ (SP), RENATO OLIVEIRA DE LIMA (SP), ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (AM), RUTH GUINSBURG (SP), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (SP), SILVIA HELOISA MOSCATEL LOFFREDO (SP) e TATIANA RIBEIRO MACIEL (BA)

14:30 - 15:10 Conferência: REANIMAÇÃO NEONATAL EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Coordenadoras: DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (PE) e CELESTE G SARDINHA OSHIRO (SP)

Palestrante: MILTON HARUMI MIYOSHI (SP)

15:10 - 16:20 Conferência: INTUBAÇÃO TRAQUEAL: AUMENTANDO O SUCESSO E A SEGURANÇA NA SALA DE PARTO E NA UTI NEONATAL

Coordenadores: JOSÉ HENRIQUE SILVA MOURA (PE) e CELSO MOURA REBELLO (SP)

15:10 - 15:50 Palestrante: GARY M WEINER (EUA)

15:50 - 16:20 Perguntas

16:20 - 16:50 INTERVALO

17:00 - 18:00 Painel: REANIMAÇÃO NEONATAL: VIVÊNCIA E ACOLHIMENTO DA FAMÍLIA

17:00 - 17:15 Relatora: LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (SP)

17:15 - 18:00 Painelistas: GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO (PR), RITA DE CÁSSIA SILVEIRA (RS), ALINE CARLA HENNEMANN (RS), ANA LUCIA H GOMES (SP) e KELLY GADELHA DE OLIVEIRA DINIZ (SP)

01 DE JUNHO | SÁBADO

08:00 - 09:00 Conferência: DEBRIEFING: REFLEXÕES SOBRE A REANIMAÇÃO COM BASE EM VÍDEOS

Coordenadoras: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SP) e ANA BEATRIZ GONÇALVES (SP)

08:00 - 08:40 Palestrante: ARJAN TE PAS (HOLANDA)

08:40 - 09:00 Perguntas

09:00 - 10:00 Conferência: EDUCAÇÃO EM REANIMAÇÃO NEONATAL: APERFEIÇOANDO OS MÉTODOS TRADICIONAIS E ABRAÇANDO OS NOVOS

Coordenadores: LEILA DENISE CESARIO PEREIRA (SC) e GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (SP)

09:00 - 09:40 Palestrante: GARY M WEINER (EUA)

09:40 - 10:00 Perguntas

10:00 - 10:30 INTERVALO

10:30 - 11:50 Conferência: REANIMAÇÃO NEONATAL COM O CORDÃO INTACTO

Coordenadoras: LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (SP) e ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (AM)

10:30 - 11:00 Meu ponto de vista - ANUP C KATHERIA (EUA)

11:00 - 11:30 Meu ponto de vista - ARJAN TE PAS (HOLANDA)

11:30 - 11:50 Perguntas

11:50 - 12:00 ENCERRAMENTO

PÔSTERES COMENTADOS

PÔSTERES COMENTADOS

TOP 10

01

Comentadores: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA e JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS

TOP-01 - IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS DE HIPO- TERMIA À ADMISSÃO NA UTI EM RN PRÉ-TERMO: PAPEL DO DEBRIEFING

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARINA CARVALHO E MORAES BARROS (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ADRIANA SAÑUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP)

ATIBAIA/SP

O monitoramento da temperatura de admissão dos recém-nascidos (RN) prematuros na UTI-Neonatal é um dos indicadores de qualidade de assistência na sala de parto. Verificar a frequência de hipotermia à admissão em UTI neonatal e suas causas em RN <32 semanas de idade gestacional (IG). Coorte prospectiva de RN <32 semanas nascidos em hospital universitário (2017- 2023) sem anomalias congênitas. A frequência de hipotermia (temperatura axilar <36,59702,C) na chegada à UTI foi avaliada conforme IG. Os fatores associados à presença de hipotermia foram analisados por regressão logística. Identificaram-se as causas de hipotermia por debriefing pela equipe que realizou a assistência após o parto, supervisionadas pela

pesquisadora e classificadas em 5 categorias: equipamentos, materiais, condições externas, comunicação e processos. Na admissão à UTI, dos 72 RN de 23-27 semanas, 35% tiveram temperatura <36,09702,C e 28% entre 36,0-36,49702,C, dos 143 RN de 28-31 semanas, 17% tiveram temperatura <36,09702,C e 22% entre 36,0-36,49702,C. Cada semana a mais de IG associou-se à diminuição de hipotermia na admissão (OR 0,80, IC95% 0,70-0,91), controlado para ano de nascimento e tipo de parto. Nos 104 casos de hipotermia, foram identificadas uma ou mais das seguintes causas: 1) Equipamentos: ventilação com gases frios em 47% dos casos, não uso do colchão térmico em 11%, e problemas com a incubadora de transporte em 29%, 2) Materiais: uso de campos frios em 15%, 3) Condições externas: temperatura materna <36,09702,C em 30%, extração difícil do feto em 22%, temperatura na sala de parto <239702,C em 20%, circulação de pessoas com porta da sala aberta em 7%, 4) Problemas de comunicação entre os profissionais em 6%, 5) Processo: dificuldade na instalação da oximetria de pulso e monitor cardíaco em 31% e posicionamento inadequado do RN sob fonte de calor radiante em 10% dos casos. A frequência de temperatura <36,59702,C à admissão na UTI em RN <32 semanas foi elevada, em especial nos RN <28 semanas. O debriefing possibilita identificar as causas de hipotermia, o que é imprescindível para planejar ações que visem a proteção térmica do RN desde o nascimento até a chegada à UTI Neonatal.

Comentadores: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA e JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS

TOP-02 - IMPACTO DA ADOÇÃO DE UM BUNDLE NA REDUÇÃO DAS TAXAS DE HIPOTERMIA À ADMISSÃO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO.

JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), LUANA RIBEIRO DA SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), MARILIA LOIOLA CARDOSO COLENCI (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), GLAUCE REGINA FERNANDES GIACÓIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), LETICIA DIAS BERRIEL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), MARIA REGINA BENTLIN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP) BOTUCATU/SP

Hipotermia nas primeiras horas é frequente em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso (RNPT-MBP) e aumenta a morbimortalidade. Bundles, com medidas de intervenção, tem se mostrado uma ferramenta útil em várias iniciativas de Qualidade e podem contribuir para redução das taxas de hipotermia à admissão na UTI Neonatal. Avaliar o impacto da adoção de um bundle com medidas específicas para controle da temperatura na redução das taxas de hipotermia à admissão em PT-MBP. Estudo de coorte prospectivo, com inclusão de RN-PT com peso ao nascer menor que 1500g, nascidos no centro obstétrico da instituição e internados na UTI neonatal. Excluídos os casos de malformações congênicas maiores. Um bundle de intervenção para manutenção da temperatura

corpórea foi implementado em abril de 2021 com as seguintes medidas: aferição e controle da temperatura materna, manutenção da temperatura da sala de reanimação entre 23-25°C, recepção do RN em campos aquecidos, utilização de saco plástico e touca, cuidados sob fonte de calor radiante, aferição da temperatura do RN a cada 5-10 minutos durante os procedimentos de reanimação, transporte do RN normotérmico e em incubadora previamente aquecida e realização de oficinas para treinamento da equipe assistencial. As taxas de hipotermia à admissão (Toaxilar < 36,5°C), hipotermia leve (36-36,4° C e moderada (<36° C)) após a implementação do bundle (abril/2021-março/2024) foram comparadas aos valores documentados no serviço no ano anterior à intervenção (2020). A análise dos dados foi descritiva e as taxas de hipotermia antes e após a intervenção, foram comparadas com teste do Qui-quadrado. Foram estudados 218 RN no período pós-intervenção (PN médio de 1060±268g e IG média de 29±2,7sem). As taxas de hipotermia nos períodos pré e pós-intervenção foram de 46% versus 32% (P=0,03). As taxas de hipotermia leve diminuíram de 30% para 25% (P=0,44) e de hipotermia moderada, de 16% para 8% (P=0,04). As taxas de hipotermia se mantiveram estáveis ao longo dos três anos após a intervenção. A adoção do bundle para controle de temperatura reduziu significativamente as taxas de hipotermia à admissão de RN-PT, principalmente às custas da hipotermia moderada. Esses resultados mostram que a incorporação de ações de execução relativamente simples na assistência neonatal, tem impacto positivo no controle térmico, podendo contribuir para melhorar o prognóstico de recém-nascidos prematuros.

Comentadores: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA e
JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS

TOP-03 - QUEDA EXPRESSIVA DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL ASSOCIADA À SAM NO ESTADO DE SÃO PAULO: ESTUDO POPULACIONAL DE 2004 A 2020

JOSIANE QUINTILIANO XAVIER DE CASTRO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA- UNIFESP), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA- UNIFESP), ADRIANA SAÑUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), ANA SILVIA SCAVACINI MARINONIO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), MONICA LA PORTE TEIXEIRA (FUNDAÇÃO SEADE), BERNADETTE CUNHA WALDVOGEL (FUNDAÇÃO SEADE), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA: (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP) SANTOS/SP

A Síndrome da Aspiração de Mecônio (SAM) é uma doença do recém-nascido a termo e pós-termo associada à cadeia de eventos relacionados à asfixia perinatal. É rara em países desenvolvidos, entretanto dados sobre sua contribuição para a mortalidade neonatal são escassos em nosso meio. Avaliar a taxa de mortalidade neonatal associada à SAM de acordo com o ano de nascimento e sua distribuição espacial, no período de 2004 a 2020, no Estado de São Paulo (ESP). Estudo populacional dos óbitos neonatais com SAM sem malformação congênita em três regiões do

ESP: município de São Paulo, Região Metropolitana exceto a Capital e Interior. SAM foi definida como “aspiração neonatal de mecônio - P24.0”, de acordo com o CID-10/OMS, escrita em qualquer linha da Declaração de Óbito (DO). O banco de dados foi fornecido pela Fundação SEADE após pareamento da DO com a respectiva Declaração de Nascido Vivo por vinculação determinística. A taxa de mortalidade associada à SAM foi analisada de maneira espacial, com indicadores de primeira e segunda ordem, e temporal, com avaliação da variação percentual anual (APC) e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) pelo método de Prais-Winsten. Dos 83.724 óbitos neonatais ocorridos entre 2004 e 2020, 1.636 (2%) foram associados à SAM. A taxa de mortalidade neonatal associada à SAM foi decrescente no ESP e nas três regiões. As taxas de mortalidade em 2004 e 2020 foram, respectivamente - ESP: 0,26 e 0,10 (APC -6,4, IC95% -7,7 a -5,0), Capital: 0,15 e 0,13 (APC -3,1, IC95% -5,5 a -0,6), Região Metropolitana: 0,19 e 0,07 (APC -7,5, IC95% -9,0 a -5,9) e Interior: 0,36 e 0,10 (APC -7,7, IC95% -9,3 a -5,9). Clusters de mortalidade neonatal com SAM elevada foram encontrados nas regiões sudeste, sul, sudoeste e oeste do ESP (Índice Global de Moran = 0,583, $p=0,001$). Ao longo de duas décadas, houve queda expressiva da taxa de mortalidade neonatal associada à SAM no Estado de São Paulo, com destaque para a Região Metropolitana e Interior. No entanto, identificam-se ainda áreas vulneráveis no ESP que necessitam de qualificação da assistência perinatal.

Comentadores: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA e
JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS

TOP-04 - ANÁLISE TEMPORAL DO USO DO SULFATO MAGNÉSIO ANTENATAL NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO EM 18 CENTROS UNIVERSITÁRIOS BRASILEIROS

MARCO BORGES PAVANELI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), DANIELA TESTONI COSTA-NOBRE (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN)
SAO PAULO/SP

O uso do sulfato de magnésio (MgSO₄) antenatal é cada vez mais frequente em recém-nascidos prematuros (RNPT) devido ao efeito neuroprotetor, diminuindo paralisia cerebral e disfunção motora. Avaliar a tendência temporal do uso de MgSO₄ antenatal nos RNPT em unidades públicas universitárias brasileiras e sua associação com procedimentos de reanimação realizados ao nascimento. Coorte retrospectiva, com coleta prospectiva de dados de RNPT com idade gestacional entre 23-31 semanas e peso ao nascer entre 400-1499g, sem malformações maiores admitidos nas unidades neonatais de hospitais universitários públicos brasileiros entre 2015 e 2021. A

exposição ao MgSO₄ foi definida como uso materno por via endovenosa a qualquer momento antes do parto, sendo analisada de acordo com ano e centro. Para verificar a tendência temporal do uso do MgSO₄, intercorrências maternas e procedimentos de reanimação durante os anos de estudo utilizou-se o qui-quadrado de tendência linear. No período, foram admitidos 11.225 RNPT em 18 centros, sendo 7.377 incluídos no estudo. A exposição dos RNPT ao MgSO₄ ocorreu em 42% em 2015 e 66% em 2021 ($p < 0,001$), com aumento significativo em todas as idades gestacionais. Houve aumento do uso de MgSO₄ em 10 dos 18 centros. No período, houve aumento ($p < 0,001$) da prevalência de diabetes (2015 - 7% e 2021 - 18%), do uso de corticoide antenatal (2015 - 81% e 2021 - 90%) e do parto cesárea (2015 - 63% e 2021 - 70%), sem modificação da prevalência de hipertensão arterial (39%), corioamnionite (13%) e síndromes hemorrágicas (8%). Não houve modificação da frequência de aplicação das manobras de reanimação: ventilação com pressão positiva (2015 - 68% e 2021 - 69%), intubação traqueal (2015 - 41% e 2021 - 42%) e reanimação avançada (2015 - 5% e 2021 - 4%), mas houve redução ($p < 0,001$) da frequência de temperatura de admissão $< 36,0^{\circ}\text{C}$ (2015 - 47% e 2021 - 34%). O aumento da exposição ao MgSO₄ antenatal ocorreu juntamente com a melhoria do cuidado neonatal e foi independente da prevalência de hipertensão na população estudada. Não parece haver associação do uso do MgSO₄ com a aplicação de manobras de reanimação ao nascer.

Comentadores: LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK e MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA

TOP-05 - CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO NEONATAL: RELATO DAS PRÁTICAS PELOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (PRN-SBP)

JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), LENI MARCIA ANCHIETA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LIGIA MARIA S.S. RUGOLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP) BOTUCATU/SP

Os cuidados pós-reanimação (CPR) incluem práticas assistenciais que visam à estabilização precoce de recém-nascidos (RN) de risco. Conhecer o que os pediatras praticam no que se refere a esses cuidados é fundamental para planejar ações educativas. Descrever as práticas clínicas relatadas pelos instrutores do PRN-SBP em relação aos CPR. Estudo transversal com instrutores do PRN-SBP. Após aprovação do CEP, os participantes responderam a um questionário online com 55 questões que englobaram dados demográficos dos pediatras, características do principal local de trabalho, sua prática assistencial em sala de parto (SP) e na unidade de internação nas primeiras 6 horas

após o nascimento. A amostra foi de conveniência, com análise descritiva dos resultados. Dentre 1153 instrutores, 740 (64%) das 27 UF do Brasil participaram entre nov-dez/2023. Os participantes eram em sua maioria neonatologistas (79%), com graduação em medicina >15 anos (68%), trabalhavam em hospitais do SUS (61%) e de ensino (75%). Dentre os 740 participantes, 83% indicam CPR apenas para RN que necessitam de ventilação com pressão positiva em SP, 59% nunca receberam treinamento para CPR e 49% possuem algum protocolo específico sobre CPR. Em relação às práticas assistenciais, o uso do CPAP precoce é considerado por 93% dos participantes, mas 29% admitem a intubação eletiva em SP, conforme a idade gestacional. Para 55%, a administração de surfactante é feita sempre na UTI, para 74% nas primeiras 2 horas de vida e para 37% com o paciente intubado. A maioria (81%) indica nutrição enteral precoce. A aferição da pressão arterial na admissão foi relatada por 73% dos participantes e 60% referem não possuir protocolo específico para abordagem hemodinâmica. Apenas 7% consideram a comunicação entre as equipes profissionais inadequada e 23% responderam que não há integração com a família de forma rotineira. Embora considerados relevantes, os CPR não são realizados de forma homogênea e sistematizada pela maioria dos pediatras instrutores do PRN-SBP. Os resultados sugerem a necessidade de treinamento em CPR para profissionais envolvidos na assistência neonatal no país.

Comentadores: LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK e MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA

TOP-06 - ASFIXIA PERINATAL, PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA METANALÍTICA

NATHALIA LAIS LIMA ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), NATASHA LAENA LIMA ROCHA (UAI), PRISCILA KESLA FONSECA SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ), ROSILENE LOPES TRINDADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ)
BELÉM /PA

Apesar das diferentes estratégias preventivas que foram implementadas em diferentes instituições de saúde pelo mundo, a mortalidade e a morbidade neonatal continuam a aumentar significativamente em diversos países. A asfixia perinatal é uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal em todo o mundo. Esta revisão sistemática e meta-análise teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à asfixia perinatal no mundo, nos últimos 05 (cinco) anos. Foram consultadas as bases de dados online (PubMed, EMBASE e Google Scholar). A Escala de Avaliação da Qualidade Newcastle-Ottawa foi utilizada para avaliação crítica dos estudos. A análise foi feita no software Review Manager versão 5.4.1. O

teste Q de Cochran e a estatística do teste I² foram utilizados para testar a heterogeneidade dos estudos. O gráfico de funil e o teste de Egger foram utilizados para detectar viés de publicação dos estudos. A prevalência agrupada de asfixia perinatal e a razão de chances (OR) com intervalo de confiança de 95% foram apresentadas por meio de gráficos. Quatorze estudos foram incluídos nesta revisão, com um total de 17.641 nascidos vivos em diversos países. A prevalência global agrupada de asfixia perinatal foi de 26,41% (IC95-95%: 15,09-31,26). Os fatores associados à asfixia perinatal incluíram trabalho de parto prolongado (OR = 1,43, IC 95%: 1,13, 4,05), baixo peso ao nascer (OR = 5,69, IC 95%: 4,95, 10,36), líquido amniótico manchado de mecônio (OR = 6,94, IC 95%: 2,16, 9,10), parto instrumental (OR = 5,66, IC 95%: 3,11, 7,17), baixo nível de escolaridade materna (OR = 5,32, IC95%: 2,16, 10,06), hipertensão induzida pela gravidez (OR = 6,49, IC95%: 3,96, 12,48), hemorragia anteparto (OR = 9,29, IC95%: 2,15, 21,18) foram os fatores determinantes da asfixia perinatal. A prevalência global agrupada de asfixia perinatal mostrou-se significativamente elevada. Alguns fatores foram associados à prevalência de asfixia perinatal. A identificação de fatores associados deve promover maior vigilância para otimizar os desfechos neonatais. Mais esforços e intervenções devem ser feitos para reduzir a morbidade e mortalidade por asfixia ao nascer. A prevenção é o primeiro e mais importante passo para diminuir a prevalência da asfixia perinatal.

Comentadores: LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK e MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA

TOP-07 - ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE NA SALA DE PARTO: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL

FALK ECKART (UNIVERSITY HOSPITAL CARL GUSTAV CARUS), MAXI KAUFMANN (UNIVERSITY HOSPITAL CARL GUSTAV CARUS), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIO RUEDIGER (UNIVERSITY HOSPITAL CARL GUSTAV CARUS) ATIBAIA/SP

A administração de surfactante por técnicas menos invasivas em prematuros está sendo cada vez mais usada por se associar à diminuição da necessidade de ventilação mecânica, à redução da displasia broncopulmonar e do óbito hospitalar. Dados são escassos quanto à administração precoce do surfactante na sala de parto (SP). Verificar a frequência da administração de surfactante ao nascimento e a técnica mais utilizada: intubação traqueal (IT) vs. administração pouco invasiva sem intubação traqueal (LISA) de acordo com a idade gestacional (IG) em um registro internacional. Estudo multicêntrico, observacional e prospectivo dos recém-nascidos (RN) submetidos a manobras de reanimação

nos primeiros 30 minutos de vida. O estudo faz parte do projeto “SCIN - Survey on Currently applied Interventions in Neonatal Resuscitation”, realizado em países da Europa e das Américas. O estudo iniciou em março/2022 e cada centro forneceu dados por 6 meses. As variáveis coletadas por centro incluíram número de nascidos vivos (NV) no período do estudo, dia e hora do nascimento, idade gestacional (IG), tipo de parto e manobras de reanimação neonatal de acordo com as diretrizes de cada país. O presente estudo se deteve na frequência da administração do surfactante na sala de parto, logo após o nascimento, e na técnica utilizada (IT vs. LISA) conforme IG, sendo a análise descritiva. No período, foram reportados 80.819 nascidos vivos em 67 centros de 19 países e 8.871 (11%) receberam alguma manobra de reanimação ao nascimento, dos quais 922 receberam surfactante na SP: 532 (58%) via IOT e 390 (42%) por LISA. Nos RN <28semanas, 35% não receberam surfactante na SP, 39% receberam via IOT e 26% por LISA. Nos RN de 28-31semanas, 72% não receberam surfactante, 15% receberam surfactante via IOT e 13% por LISA na SP. Na faixa de IG 32-36 semanas, o surfactante foi aplicado em 4,5% dos RN e a via preferencial foi a IOT (60%). A administração de surfactante na SP tornou-se um procedimento relativamente frequente, em especial nos RN de menor idade gestacional, sendo o método de administração variável.

Comentadores: LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO e RUTH GUINSBURG

TOP-08 - DISCREPÂNCIA ENTRE TEMPO DE CLAMPEAMENTO DO CORDÃO E NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO <1500G

LIGIA MARIA S. S. RUGOLO (FMB-UNESP), MARIA REGINA BENTLIN (FMB-UNESP), JOÃO CESAR LYRA (FMB-UNESP), SIMONE M. C. PELÍCIA (FMB-UNESP), GRASIELA BOSSOLAN (FMB-UNESP), ALICE MARIA K. GUIRADO (FMB-UNESP), DENISE CAROLINE C. D. LYON (FMB-UNESP), GABRIELA FILTRE LIMA (FMB-UNESP), ERICA CRISTINA SCARPA (FMB-UNESP), ANA CLARA FUSISSIMA (FMB-UNESP), VICTOR HUGO B. RODRIGUES (FMB-UNESP)
BOTUCATU/SP

A vitalidade ao nascer define o tempo de clampeamento do cordão em recém-nascidos pré-termo (RNPT): imediato/precoce (CP) se má vitalidade e tardio (CT) se boa vitalidade. Entretanto, nem todos RNPT com CP são reanimados e alguns com CT podem necessitar reanimação, sugerindo que a avaliação da vitalidade em prematuros possa ser super ou subestimada. Investigar a discrepância entre tempo de clampeamento do cordão e necessidade de reanimação, caracterizar os RN e a evolução neonatal nos casos discrepantes. Estudo de coorte, em um centro universitário terciário, no período de 2020 a 2023. Incluídos todos os RNPT nascidos no serviço com idade gestacional (IG) 8805,23 semanas e peso

de 400-1499g. Não incluídos: RN de mãe com HIV, óbitos em sala de parto. Os RN foram estratificados quanto a necessidade ou não de reanimação e em cada estrato foi comparado CP (0- 29 segundos) vs CT (30-60 segundos). A discrepância foi definida como CP nos recém-nascidos não reanimados e CT nos reanimados. Variáveis do nascimento e da evolução neonatal foram avaliadas. Desfechos: uso de drogas vasoativas antes de 72 horas de vida, transfusão de hemácias, hemorragia periintraventricular (HPIV), mortalidade nos primeiros 6 dias e durante a internação. Associações entre grupos foram testadas pelo t de Student ou Mann-Whitney e Qui-quadrado. Dentre 321 RNPT<1500g nascidos, 303 preencheram os critérios de inclusão, dos quais 196 (65%) foram reanimados e 108 não reanimados. Nos reanimados 20% tiveram discrepância (ou seja: CT) sendo que estes prematuros foram maiores em IG e peso (IG>28 semanas 87,5% vs 55%, peso >1000g 75% vs 49%), não tiveram HPIV grave (0% vs 13%) e apresentaram menor mortalidade precoce (5% vs 23%) e na internação (12,5% vs 38,5%) em comparação aos reanimados com CP. Também nos RNPT não reanimados houve 20% de discrepância (ou seja: CP). Estes recém-nascidos discrepantes foram mais imaturos (PT<28 semanas 36% vs 10%, p<0,001) em comparação aos que tiveram CT e não houve diferença nos desfechos. Em 20% dos RNPT<1500g ocorre discrepância entre tempo de clampeamento do cordão e necessidade de reanimação, entretanto esta discrepância não piorou a evolução neonatal. A prematuridade extrema parece dificultar a avaliação da vitalidade favorecendo o clampeamento precoce.

Comentadores: LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO e RUTH GUINSBURG

TOP-09 - O USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO ANTENATAL AUMENTA A CHANCE DE REANIMAÇÃO NEONATAL?

MARIA EDUARDA GURGEL TRINDADE (IMIP), SARAH SULIANO MONTEIRO NOVAES (IMIP), DAFNE BARCALA (IMIP), JUCILLE MENESES (IMIP)
RECIFE/PE

O Sulfato de Magnésio ($MgSO_4$) antenatal é amplamente utilizado para neuroproteção fetal em gestantes com risco de parto prematuro. Apesar dos seus benefícios, alguns estudos questionam os riscos da exposição fetal ao $MgSO_4$ no recém-nascido prematuro (RNPT). Avaliar se a exposição antenatal ao Sulfato de Magnésio está associada à maior necessidade de reanimação neonatal em RNPT. Estudo retrospectivo no período de 2019 – 2023, com RNPT com peso de nascimento menor que 1500g em Maternidade de Alto Risco, onde há protocolo de realizar $MgSO_4$ antenatal em gestantes com risco de parto prematuro entre 24 e 32 semanas de

idade gestacional. Foi comparado o grupo de RNPT expostos aos não expostos ao Sulfato de Magnésio antenatal e avaliado a necessidade de reanimação e de intubação traqueal na sala de parto, além de outras morbidades neonatais. Realizado análise de regressão logística para ajustar o corticoide antenatal e a hipertensão na gestação. Dos 856 RNPT do estudo, 648 (75%) foram expostos ao Sulfato de Magnésio, enquanto que 208 (25%) não foram expostos. Não houve diferença entre as características demográficas e clínicas dos RNPT nos 2 grupos, com peso ao nascimento e idade gestacional semelhantes. A necessidade de reanimação neonatal foi significativamente menor no grupo exposto quando comparado ao não exposto (57% x 65%, $p=0.04$), assim como a intubação traqueal (21% x 28%, $p=0.02$). Na análise de regressão logística, o Sulfato de Magnésio antenatal manteve-se associado a menor chance de reanimação OR= 0.65 (95% IC : 0.45 – 0.94, $p=0.02$). O uso do Sulfato de Magnésio antenatal não foi associado à necessidade de reanimação neonatal, mostrando ser seguro para os RNPT. Devido a evidências de seu efeito neuroprotetor, o sulfato de magnésio deve permanecer como estratégia de prevenção para melhor neurodesenvolvimento do prematuro favorecendo o clameamento precoce.

Comentadores: LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO e RUTH GUINSBURG

TOP-10 - ANÁLISE DOS ÓBITOS NEONATAIS PRECOSES POR ASFIXIA AO NASCER NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE 2002 E 2022

MARCELA CRISTINA DE SOUZA LEMUS (UFRJ), AMANDA APARECIDA AGUIAR BALDUCE (UFRJ) MACAÉ/RJ

A asfixia é considerada uma das principais causas de mortalidade neonatal precoce. São Paulo é o estado mais populoso do Brasil. A análise deste parâmetro se faz necessária para observar os diversos níveis de assistencialismo em saúde pública nesta região. Analisar os parâmetros da mortalidade neonatal precoce por asfixia ao nascer no estado de São Paulo. Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico do tipo transversal. Utilizou-se para coleta dos dados disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados foram relativos à notificação de óbito neonatal precoce por asfixia ao nascer (P21) de acordo com a categoria CID-10 na capital de São Paulo entre

os anos de 2002 e 2022, com as variáveis de idade materna, peso ao nascer e duração da gestação dos óbitos neonatais precoces. Não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A limitação do estudo é a possível subnotificação de casos. Um total de 3.859 óbitos neonatais precoces por P21 foram identificados no estado de São Paulo entre 2002 e 2022. A taxa de mortalidade neonatal precoce por asfixia foi de 0,56 para 0,20 por mil nascidos vivos, respectivamente de 2002 para 2022. A maioria dos registros está situada no ano de 2002, representando 10% (355) do total estadual, por outro lado é perceptível a redução de óbitos no ano de 2020 (98). Nota-se que 29,43% dos óbitos identificados pertenciam à faixa de peso entre 500g e 999g. Em relação à duração da gestação, em termos absolutos, entre 22 a 27 semanas, destacou-se com o maior número de óbitos (1.109), seguido por 37 a 41 semanas com 942 óbitos. A faixa etária entre 20 a 24 anos predominou com 745 casos, seguido pela faixa entre 25 e 29 anos, e 15 a 19 anos, com 635 e 602 registros respectivamente. Pode-se concluir que houve redução da taxa de mortalidade neonatal precoce por P21 entre 2002 e 2022. Dentre as variáveis analisadas, os óbitos prevaleceram entre as mães de 20-24 anos com bebês entre 500-999g.

PÔSTERES COMENTADOS

Comentador: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

PC-01 - ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS PARA PREVENIR A HIPOTERMIA NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

BRUNO DOS SANTOS MARQUEZ NEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), LARISSA GUIMARÃES RILEY (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), MARIANE VARGAS FREITAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), PEDRO SALOMÃO RODRIGUES COSTA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), JULIANA DOMITH DE OLIVEIRA VIEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), MARCELA GORESKE LEITE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), JADIANA MACHADO TALMA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), MAURA CASOLARI DE ARAÚJO LAMEIRA RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), JÚLIA ABRAHÃO LOPES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), ANA CAROLINA OLIVEIRA VERAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), BRANCA PLASTINO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), ISABELLA GOMES NOVAES DE MENDONÇA FONSECA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), VICTOR DE MORAES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), MARIANA SANTOS LOPES DA CONCEIÇÃO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JULIA ZÓUCAS NUNES DE SOUZA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CECÍLIA HAUAJI GARZON (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), LUNA ROCHA GOIFMAN (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), MARIA RITA VIEIRA VALVERDE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA – SUPREMA), ISABELLA MARTINS DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES) JUIZ DE FORA/IMG

A hipotermia ao nascimento está associada com morbimortalidade importante de recém-nascidos (RN) pré-termo.¹ Assim, torna-se imprescindível a adoção de cuidados para manter a normotermia.

Analisar, na literatura, as principais ferramentas no controle da temperatura de recém-nascidos pré-termo. Foram realizadas pesquisas na base de dados PubMed, com os descritores “Hypothermia”, “Preterm”, “Newborn Infant” e “Mortality”, e suas variações, incluindo os filtros Randomized Controlled Trial, Ensaios Clínicos, Meta-análises, 12 years e english, restando 6 artigos. De modo geral, a utilização de sacos de polietileno se mostrou bastante eficaz no que tange ao controle da hipotermia em RN's prematuros, superando os métodos tradicionais para controle de temperatura (sala de parto aquecida (25°C), secagem imediata, aquecedores radiantes, contato pele a pele com a mãe ou incubadora). Ainda, um estudo evidenciou uma maior eficácia da bolsa de dupla camada de polietileno quando comparada a de camada única, apresentando taxa de hipotermia na admissão de 2,6% vs. 14,7%, $p = 0,007$, respectivamente. No entanto, deve se atentar a hipertermia mediante o uso do saco plástico de dupla camada. Uma outra possibilidade de baixo custo para controle de hipotermia é o colchão térmico (CT), o qual apresentou uma temperatura axilar mais elevada quando comparado aos aquecedores radiantes, incubadoras e o método mãe canguru ($p < 0,001$). Outro estudo, avaliando RN'S prematuros normotérmicos, evidenciou que o contato pele a pele (CPP) imediato pós nascimento não foi associado a hipotermia e, na verdade, protegeu contra eventos de hipertermia. Os estudos sugerem a bolsa de polietileno, principalmente de camada dupla, como uma opção eficaz e de baixo custo para prevenção de hipotermia. Ademais, o colchão térmico não apresenta-se inferiormente, à curto prazo, quando comparado com aquecedores radiantes e outros modos de aquecimento. Desta forma, há benefícios na utilização dos métodos descritos na termorregulação à curto prazo, sendo necessário estudos que demonstrem a eficácia a longo prazo.

Comentador: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

PC-02 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE DESFECHOS PERINATAIS: HIPOXIA E ASFIXIA NA REGIÃO SUDESTE

JÚLIA MARCONDES BARBOZA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI)
MOGI GUAÇU /SP

A asfixia perinatal atinge 1,1 milhão de recém nascidos (RN's) por ano, resultando em complicações neurológicas graves devido à hipoperfusão tecidual e a diminuição da oferta de oxigênio, demandando estratégias eficazes de prevenção e intervenção para melhorar os cuidados neonatais.

Avaliar os desfechos perinatais relacionados à hipóxia intrauterina e asfixia perinatal na região Sudeste brasileira de 2020 a janeiro de 2024. Estudo observacional ecológico, retrospectivo e descritivo, cujos dados foram obtidos a partir de consultas realizadas no Sistema de Informações de Saúde (TABNET), na plataforma DATASUS, referentes ao período de 2020 a janeiro de 2024. Analisou-se a região Sudeste e seus respectivos estados, enfocando internações, óbitos e taxa mortalidade. Na região Sudeste, entre 2020 e janeiro de 2024, foi registrada uma taxa de mortalidade perinatal de

12,68%, com destaque para o estado de São Paulo, com 13,95%. Houve um total de 9.506 internações na região, sendo 5.177 casos no estado de São Paulo. Quanto aos óbitos, foram registrados 1.205 casos, com 722 óbitos no estado de São Paulo. No ano de 2023, houve 334 óbitos, representando um aumento significativo de 19,71% em relação ao ano anterior, que registrou 279 casos. Até janeiro de 2024, foram registrados 23 óbitos na região Sudeste. O estudo ressalta a necessidade urgente de abordagens preventivas e intervencionistas para reduzir a mortalidade perinatal por hipóxia ou asfixia ao nascer na região Sudeste, com foco especial no estado de São Paulo. É importante considerar causas multifatoriais subjacentes a esses desfechos, incluindo acesso limitado a cuidados pré-natais de qualidade, variações na assistência ao parto e possíveis disparidades socioeconômicas entre as populações. Além disso, a identificação de um aumento significativo na taxa de mortalidade em 2023 requer uma investigação mais aprofundada para compreender os fatores contribuintes e desenvolver estratégias de intervenção específicas. Essas descobertas têm implicações clínicas e de saúde pública significativas, destacando a necessidade de aprimorar os sistemas de saúde neonatal, implementando políticas eficazes para garantir melhores resultados perinatais e reduzir o impacto da asfixia perinatal na região Sudeste do Brasil.

Comentador: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

PC-03 - DISPONIBILIDADE DE PROFISSIONAIS TREINADOS EM REANIMAÇÃO NEONATAL E MORTALIDADE NEONATAL COM ASFIXIA, ESTUDO POPULACIONAL NA GRANDE SÃO PAULO

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ANA SILVIA SCAVACINI MARINONIO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ADRIANA SANUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), DANIELA TESTONI COSTA-NOBRE (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RITA DE CASSIA XAVIER BALDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), KELSY CATHERINA NEMA ARECO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), TULIO KONSTANTYNER (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), PAULO BANDIERA-PAIVA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), CARINA NUNES VIEIRA E OLIVEIRA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ROSA MARIA VIEIRA DE FREITAS (FUNDAÇÃO SEADE), LILIAN CRISTINA CORREIA MORAIS (FUNDAÇÃO SEADE), MÔNICA LA PORTE TEIXEIRA (FUNDAÇÃO SEADE), BERNADETTE CUNHA WALDVOGEL (FUNDAÇÃO SEADE), CARLOS ROBERTO VEIGA KIFFER (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP)
ATIBAIA/SP

A asfixia perinatal é um dos principais contribuintes do óbito neonatal no Brasil e no mundo. A reanimação neonatal adequada pode reduzir em 30-45% a mortalidade associada à asfixia perinatal. Determinar a distribuição espacial das taxas de mortalidade neonatal associada à asfixia perinatal e de profissionais treinados pelo Programa de Reanimação

Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) nos 39 municípios da Grande São Paulo. Estudo populacional dos nascidos vivos (NV) 8805,32 semanas de mães residentes na Grande São Paulo entre 2011-2015. Considerou-se óbito neonatal associado à asfixia se presença, em qualquer linha da Declaração de Óbito (DO), dos códigos (CID 10/OMS) P20.0, P20.1, P20.9, P21.0, P21.1, P21.9 e P24.0. Utilizou-se banco de dados vinculado da Declaração de Nascido Vivo e da DO (Fundação SEADE). O número de médicos e não-médicos treinados em reanimação neonatal por município de residência foi obtido do PRN-SBP. Para a análise espacial, calculou-se o Índice Global de Moran (I) e a função LISA com software TerraView 4.1.0 1.544.673 NV 8805,32 semanas nasceram entre 2011-2015 de mães residentes na Grande São Paulo, dos quais 2.371 morreram no período neonatal e a asfixia perinatal contribuiu para 619 óbitos (26%). A taxa de mortalidade neonatal com asfixia foi de 0,41 por mil NV no período, com distribuição espacial não randômica ($I=0,29$, $p=0,02$) confirmada pelo LISA. Observou-se clusters de alta mortalidade neonatal com asfixia na região leste e baixa mortalidade nas regiões central e sudeste da Grande São Paulo. A taxa cumulativa de profissionais treinados em reanimação neonatal foi 8,9 por mil NV, com distribuição espacial não randômica ($I=0,38$, $p=0,001$) confirmada pelo LISA. Observou-se clusters de altas taxas de profissionais treinados nas regiões central, sudeste e sudoeste e cluster de baixa taxa na região leste da Grande São Paulo. Ressalta-se, na Grande São Paulo, a co-ocorrência de clusters de baixas taxas de mortalidade neonatal associada à asfixia perinatal e de clusters de altas taxas de profissionais de saúde treinados em reanimação neonatal e vice-versa. Há associação entre disponibilidade de profissionais treinados em reanimação neonatal e mortalidade neonatal com asfixia.

Comentador: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

PC-04 - BOAS PRÁTICAS NA ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO AOS RECÉM-NASCIDOS 8805,35 SEMANAS COM BOA VITALIDADE AO NASCER

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ADRIANA SAÑUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RITA DE CÁSSIA XAVIER BALDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ÉRICA TROVISCO MARTINS (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP)
ATIBAIA/SP

Práticas realizadas imediatamente após o nascimento têm importância para o sucesso do aleitamento materno e estabelecimento de vínculo família-bebê. Avaliar a adesão às práticas realizadas logo após o nascimento em recém-nascidos (RN) com idade gestacional (IG) 8805,35 semanas com boa vitalidade: clampeamento do cordão umbilical >60 segundos, contato pele-a-pele e aleitamento materno. Coorte prospectiva de RN 8805,35 semanas sem anomalias congênitas e que respiraram de maneira efetiva ao nascimento em hospital universitário de junho/2018 a dezembro/2023. Excluídos filhos de mães clinicamente

instáveis e/ou soropositivas para HIV e/ou com COVID-19. Analisou-se a associação entre o ano de nascimento e a frequência de clampeamento >60 segundos, de contato pele a pele e de aleitamento materno por qui-quadrado de tendência. Aplicou-se a regressão logística para cada prática considerando-se o ano de nascimento, a IG e o tipo parto. Os dados estão expressos em Odds Ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). No período, nasceram 1.832 RN 8805,35 semanas. Dos 1.432 elegíveis para o clampeamento >60 segundos, em 99,7% este foi realizado, com frequência de 98% em 2018 e 100% em 2023. Dos 1.315 elegíveis para o contato pele-a-pele, em 82% este foi realizado, com frequência de 67% em 2018 e 87% em 2023. A cada ano houve aumento de 41% (OR 1,41, IC95% 1,26-1,58) na chance de contato pele-a-pele ajustada por IG. As principais causas detectadas para a não realização do contato pele-a-pele foram: falta de preparo da equipe no parto cesáreo e temperatura materna <36,97°C. Dos 1.272 elegíveis para o aleitamento materno, 96% foram amamentados na 1ª hora de vida, havendo queda de 97% em 2018 para 88% em 2023 ($p<0,001$). Não receberam aleitamento materno ao nascer 48 RN por falta de preparo da equipe no parto cesáreo. Apesar de haver adesão às boas práticas ao nascer para a grande maioria dos RN 8805,35 semanas e com boa vitalidade, nota-se ainda oportunidade de melhora, com ênfase na necessidade de maior comunicação entre as equipes de obstetrícia e de neonatologia, em especial nos partos cirúrgicos.

Comentadores: CELSO MOURA REBELO
e ANA BEATRIZ GONÇALVES

PC-05 - REANIMADOR EM PEÇA T VERSUS BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA NA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

ISABELLA MARTINS DA SILVA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), BEATRIZ CRIVELLI ALVARENGA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), CECÍLIA HAUAJI GARZON (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), LUNA ROCHA GOIFMAN (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), MARIANA SANTOS LOPES DE CONCEIÇÃO (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), JULIA ZOUÇAS NUNES DE SOUZA (FUNDAÇÃO TÉCNICO-EDUCACIONAL SOUZA MARQUES), VICTOR DE MORAES RIBEIRO (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), ISABELLA GOMES NOVAES DE MENDONÇA FONSECA (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), MARIA RITA VIEIRA VALVERDE (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), ANA CAROLINA OLIVEIRA VERAS (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), JÚLIA ABRAHÃO LOPES (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), MAURA CASOLARI DE ARAÚJO LAMEIRA RIBEIRO (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), JADIANA MACHADO TALMA (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), MARCELA GORESKE LEITE (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), JULIANA DOMITH DE OLIVEIRA VIEIRA (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), PEDRO SALOMÃO RODRIGUES COSTA (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), BRUNO DOS SANTOS MARQUEZ NEIRA (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), MARIANE VARGAS FREITAS (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), BRANCA PLASTINO (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA), LARISSA GUIMARÃES RILEY (FACULDADES CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE JUIZ DE FORA)
JUIZ DE FORA/MG

Estima-se que cerca de 10% dos recém-nascidos (RNs) necessitam de assistência ao nascer, sendo a ventilação

com pressão positiva (VPP) essencial para uma reanimação bem-sucedida durante a transição cardiopulmonar. Dentre os dispositivos que podem fornecer a VPP, estão inclusos a bolsa-válvula-máscara (SIB) e o reanimador em peça T (TPR). Comparar a eficácia, com base na literatura, entre os dispositivos TPR e SIB na reanimação neonatal. Foram realizadas pesquisas na base de dados PubMed, com os descritores “Self-inflating bag”, “T-piece resuscitator” e “Newborn Infant” e suas variações encontradas nos descritores DeCs e Mesh, totalizando 51 artigos. Assim, foram incluídos os filtros Randomized Controlled Trial, Clinical Trial, Meta-Analysis, 10 years e Humans e excluídos artigos que não eram diretamente relacionados ao tema ou que não preenchiam os critérios de inclusão, restando 6 artigos selecionados. Os ensaios envolveram, ao total, 1321 recém-nascidos. A princípio, o uso do TRP na reanimação neonatal obteve uma taxa de sucesso significativamente maior em comparação ao SIB. Ao utilizar o TRP, evidenciou-se uma menor proporção de RNs necessitando intubação orotraqueal (IOT) na sala de parto ($p=0,005$), menor tempo de duração da VPP ($p < 0,001$), menor número de expansões durante a ventilação além de mais RNs sendo ressuscitados com sucesso com ar ambiente (FiO_2 de 21%). Thakur A et al apontaram que em RN < 34 semanas, o uso de TPR reduziu a necessidade de ventilação invasiva ($p=0,008$). Além disso, o TRP proporcionou um fornecimento de ventilação assistida mais consistente dentro da faixa de 4-8 ml/kg ($p=0,02$) em prematuros, permitindo um tempo de inflação mais longo e, assim, o estabelecimento da capacidade residual funcional quando comparado com o SIB. Em contrapartida, não parece haver diferenças significativas quando se compara o Escore de APGAR no 5º minuto, necessidade de CPAP nasal, frequência cardíaca maior que 100 bpm em 2 minutos, uso de medicamentos e compressões torácicas e a saturação de oxigênio em RNs nos primeiros 5 minutos entre os dispositivos TPR e a SIB. Os estudos indicam que o uso do TPR promove resultados imediatos melhores na reanimação neonatal quando comparado com o SIB. Contudo, há ainda divergência na literatura sobre o dispositivo mais eficaz para VPP, sendo necessário maior investigação com estudos que tenham espaço amostral mais amplo.

Comentadores: CELSO MOURA REBELO
e ANA BEATRIZ GONÇALVES

PC-06 - MÁSCARA LARÍNGEA E SUA APLICABILIDADE NA REANIMAÇÃO NEONATAL-UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

LORENA BRANDÃO RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GABRIELE APARECIDA CAMARGO DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GIULIA LUCAS SAAD (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ISABELA DANZIATO FERNANDES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LUANA BOUDAKIAN LOPEZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), MARCELA DA NÓBREGA REIS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), NICOLE LANES AGUIAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RAFAEL RODRIGUES GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RENATO LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), THAÍS FREITAS RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)
SÃO PAULO/SP

A intubação endotraqueal neonatal (IOT), considerada o procedimento mais difícil da reanimação avançada, requer treinamento especializado e grande habilidade técnica da equipe. A máscara laríngea (ML) apresenta-se como uma alternativa para a ventilação do recém-nascido (RN), sobretudo, em locais com recursos limitados. Avaliar a aplicabilidade e eficácia da ML durante a reanimação neonatal em salas de parto (SP). Pesquisa na base de evidência National Library of Medicine (PubMed) a partir dos descritores “cardiopulmonary resuscitation” AND “neonatal”

AND “laryngeal masks” AND “airway management”, na qual foram identificados 8 artigos nessa análise. Os critérios de inclusão foram: textos completos em língua inglesa, espanhola e/ou portuguesa e publicação entre 2014 e 2024. Excluímos artigos incompatíveis com a temática e documentos repetidos. Desse modo, 4 artigos se encaixaram com o propósito do estudo. As diretrizes internacionais de reanimação neonatal recomendam o uso de ML em RN 8805, 34 semanas ou peso 8805, 2000 gramas, quando a ventilação com bolsa-máscara (BVM) ou a intubação endotraqueal (IOT) não é bem sucedida. Os estudos mostram que o uso da ML apresenta um tempo de ventilação mais curto e menor necessidade de IOT que a BVM, reduzindo a probabilidade de intubação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). A comparação da ventilação entre os dispositivos BVM e ML mostrou que os escores de oxigenação, ventilação e Apgar são igualmente eficazes. As medidas hemodinâmicas pulmonares e sistêmicas não foram diferentes entre RN que evoluem com a necessidade de uma reanimação avançada. As evidências atuais sugerem que a ventilação da ML é uma alternativa segura e viável para o manejo das vias aéreas de um RN deprimido durante os estágios iniciais da ressuscitação, no entanto, há evidências limitadas para seu uso. O uso da ML é uma opção menos invasiva e relativamente estável em comparação com a BVM e a IOT durante a reanimação neonatal. Apesar dos benefícios, a ML ainda não é amplamente utilizada em SP pela falta de treinamento e disponibilidade nos hospitais. A conscientização sobre o seu uso, no entanto, torna-se fundamental para facilitar o manejo das vias aéreas, especialmente em locais com limitações humanas e técnicas.

Comentadores: **CELSO MOURA REBELO**
e **ANA BEATRIZ GONÇALVES**

PC-07 - DIFICULDADES NA PRÁTICA DA REANIMAÇÃO NEONATAL DE MAIORES DE 34 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL DE ACORDO COM AS DIRETRIZES 2022 DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

CELESTE GOMEZ SARDINHA OSHIRO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUCSP), CLAUDIA MESCOLOTTO GIMENES (HOSPITAL SANTA LUCINDA), CYNTIA WATANABE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUCSP), EDUARDO EDRAS TOLEDO SIQUEIRA (CONJUNTO HOSPITALAR DE SOROCABA), MARIA LAURA HANNICKEL PRIGENZI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUCSP), RODRIGO CRESPO BARREIROS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO - PUCSP) SOROCABA /SP

As boas práticas no atendimento ao recém-nascido (RN) crítico em sala de parto pelos profissionais de saúde no Brasil seguem as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Apontar as dificuldades de médicos executarem a reanimação neonatal de maiores de 34 semanas, de acordo com diretrizes 2022 da SBP. Estudo descritivo, observacional, em março 2024, aplicação de questionário estruturado aos médicos que fizeram curso de reanimação neonatal para maiores de 34 semanas, com diretrizes 2022 da SBP, pelo menos 3 meses antes do estudo, após Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Excluídos os médicos sem atuação em sala de parto. Questões elaboradas sobre dificuldades em decidir

ou realizar os procedimentos: briefing (reunião prévia ao parto), tempo de clameamento de cordão umbilical, passos iniciais, ventilação com pressão positiva (VPP), reanimação avançada e debriefing (reunião após o atendimento neonatal). Amostra de 56 médicos (23 neonatologistas, 21 pediatras, 11 residentes de pediatria e 1 intensivista pediátrico), idade: 24 a 70 anos (53,5%: 30 a 49 anos), 32 (57,1 %) formação > 10 anos, 51 (91%) atendem frequentemente em Sala de Parto e 38 (67,8%) trabalham em mais de um Serviço de Neonatologia. Após curso de reanimação, 78% atenderam mais de 30 RN. Realização do briefing: 28 (50%) fazem eventualmente ou nunca, devido: falta de tempo antes do parto, Serviço sobrecarregado ou desinteresse da equipe, 85,7% preparam o material antes do parto. Dificuldade na indicação do clameamento tardio de cordão umbilical (11=19,6%): baixa temperatura ambiental, insistência do obstetra e partos sequenciais. Somente 61,5% indicam massagens no dorso do RN antes do clameamento imediato do cordão. Dificuldades nos Passos Iniciais: colocação da touca (30,3%), aspirar vias aéreas somente se excesso de secreção (21,4%) e sequência dos passos iniciais (12,5%). VPP: 78,5% preferem ventilador manual em T. Dificuldade com materiais: não há Blender (30,3%) ou máscara laringea (64,2%), sem monitor cardíaco em 1 dos Serviços onde 6 médicos trabalham. Tempo de reanimação avançada sem sucesso: > 20 minutos (37,5%), 39,2% não concordam com permanência da família durante reanimação (estressante à família e à equipe), 67,8% não fazem debriefing. Boas práticas em reanimação neonatal dependem de material adequado nas salas de parto, da adequação cultural da realização do briefing e debriefing com os profissionais de saúde e maior atenção ao tempo de clameamento de cordão umbilical em RN com boa vitalidade.

Comentadores: **CELSO MOURA REBELO**
e **ANA BEATRIZ GONÇALVES**

PC-08 - LEI ESTADUAL N° 14.686/2011: IMPACTO NO NÚMERO DE ÓBITOS POR ASFIXIA PERINATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO

LORENA COSTA OLIVEIRA APARÍCIO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), GABRIELA SOLA HERBST SANTOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), GABRIELA AQUINO GIMENES GNATTA (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), ALEXANDRE MAC ALPINE AUGUSTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), GUSTAVO TRISTÃO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA) BARRETOS/SP

A Lei estadual N° 14.686/2011 dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de um profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o Programa de Reanimação Neonatal tem a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal. Avaliar os óbitos por asfixia perinatal no estado de São Paulo antes e depois do ano de 2012 em que

tivemos sancionada a Lei estadual N° 14.686/2011. Estudo epidemiológico descritivo com coleta de dados no Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do SUS, utilizando as variáveis: total de óbitos, faixa etária de 0 a 6 dias de vida e local de ocorrência: hospitais e outros estabelecimentos de saúde. Registrou-se 2.383 óbitos por asfixia no período de 2002 a 2011 no estado de São Paulo. O município de São Paulo representou o local com maior número de óbitos registrados, tendo o total de 606 (25,4%) nesse intervalo de tempo. No ano de 2002, o estado apresentou uma maior taxa de com 355 casos (14,8%), destacando o município de São Paulo com 88 (24,7%) do total de óbitos neste ano. Em 2011 teve-se a menor taxa com 166 casos (6,9%), tendo o município de São Paulo 26,5% dos casos. Já o período de 2012 a 2021 registrou-se 1.370 óbitos por asfixia, o que representa uma queda de 57,4% em relação ao período antes citado. O município de São Paulo continua em destaque com o total de 340 casos (24,8%), com uma queda de 43,9% em relação ao período de 2002 a 2011. O Programa de Reanimação Neonatal se mostrou relevante para a prevenção da morte por asfixia na população neonatal no estado de São Paulo. Nesse sentido, faz-se clara a importância da presença de um profissional da saúde capacitado e habilitado na sala de parto principalmente na primeira hora de vida, evitando futuros óbitos.

Comentadores: GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO e ANA MARIA A G PEREIRA DE MELO

PC-09 - ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDO COM HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

GILBERTO DOS SANTOS RODRIGUES FILHO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), ANGELA MIDORI MATUHARA (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), ANGELICA ARANTES SILVA DE OLIVEIRA (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), CRISTIANE COIMBRA SIMÕES (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), CRISTINA ERICO YOSHIMOTO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), JULIANA ZOBOLI DEL BIGIO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), LUCIA CANDIDA SOARES DE PAULA (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), GLAUCIA YURI SHIMIZU (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), MARIA CRISTINA CHRISTIANO ATTICO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), MARIO CICERO FALCÃO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), RAFAEL GONÇALVES COMPARINI (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP), WERTHER BRUNOW DE CARVALHO (INSTITUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HCFMUSP) SANTOS /SP

A Hérnia Diafragmática Congênita (HDC) é considerada uma anomalia rara e o atendimento ao recém-nascido (RN) com este diagnóstico deve ser realizado em centros referenciados para o nascimento seguro. Descrever a experiência da assistência ao nascimento de RN portadores de HDC e a importância da atuação da equipe multiprofissional

na reanimação destes neonatos. Trata-se de um estudo retrospectivo com RN nascidos entre os anos de 2015 e 2022 com HDC admitidos em um centro de referência na assistência aos RN cirúrgicos de alta complexidade. No período de 8 anos foram admitidos 133 RN com HDC e destes 80,5% (n=107) nasceram de parto cesariano, a colocação de balão endotraqueal nos fetos foi em 55,6% (n=43), a média do peso de nascimento foi 2734 gramas, o Apgar de 5º minuto foi menor que sete em 19,5% (n=26) e a taxa de sobrevivência de 51,9%. Em todos os nascimentos, a reanimação foi realizada pela equipe médica e por enfermeiros capacitados, e embasada em um fluxograma inserido nas diretrizes terapêuticas da própria instituição. A experiência no manejo dos RN com HDC baseia-se no seguimento de um protocolo de assistência multidisciplinar que se inicia na admissão do RN, logo após o nascimento no Centro Cirúrgico/Centro Obstétrico, incluindo a reanimação na sala de parto, transporte do RN a UTI neonatal, onde são realizados os cuidados como à monitorização, ventilação, obtenção de acessos venosos centrais e arteriais, além de terapêutica medicamentosa que visa tratar a hipertensão pulmonar, além das medidas desconforto e redução da dor. Todas as medidas têm por finalidade não só estabilizar o neonato de alto risco para a correção cirúrgica como permitir um restabelecimento adequado no pós-operatório. Segundo a literatura a taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento é em torno 70%, podendo chegar até 90% quando associados a outras malformações. Em nosso serviço a taxa de mortalidade dos últimos 8 anos foi de 48,1% demonstrando a importância da capacitação da equipe multiprofissional no aumento da sobrevivência dos RN com HDC.

Comentadores: GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO e ANA MARIA A G PEREIRA DE MELO

PC-10 - TEMPO DE CLAMPEAMENTO DO CORDÃO EM PREMATUROS <1500G: ESTAMOS INDICANDO CORRETAMENTE?

LIGIA MARIA S. S. RUGOLO (FMB-UNESP), JOÃO CESAR LYRA (FMB-UNESP), MARIA REGINA BENTLIN (FMB-UNESP), GRASIELA BOSSOLAN (FMB-UNESP), SIMONE M. C. PELÍCIA (FMB-UNESP), DENISE CAROLINE C. D. LYON (FMB-UNESP), ALICE MARIA K. GUIRADO (FMB-UNESP), GLAUCE REGINA F. GIACÓIA (FMB-UNESP), SARA S. V. TAKASE (FMB-UNESP), MARÍLIA L. C. COLENCI (FMB-UNESP), LETÍCIA D. BERRIEL (FMB-UNESP) BOTUCATU/SP

Há forte evidência de benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical em recém-nascidos pré-termo (RNPT), o que é recomendado na Diretriz da SBP+FEBRASGO em 2022, mas não se sabe com que frequência e em quais RNPT esta prática tem sido realizada. Em RNPT<1500g avaliar a frequência do clampeamento tardio, as características e a evolução dos RN comparados aos que tiveram clampeamento precoce. Estudo de coorte, em um centro universitário terciário, no período de 2020 a 2023. Incluídos todos os RNPT nascidos no serviço com idade gestacional 8805,23 semanas e peso de 400-1499g. Não incluídos: RN de mãe com HIV, óbito em sala de parto. Foram constituídos

2 grupos: Clampamento Tardio (CT 8805,30 segundos) X Clampamento Precoce (CP 0-29 segundos). Variáveis do nascimento e da evolução neonatal foram comparadas entre os grupos. Desfechos: uso de drogas vasoativas nas 1as 72 horas de vida, transfusão de hemácias, hemorragia periintra-ventricular, mortalidade nos primeiros 6 dias e durante a internação. Para comparações entre grupos foram utilizados os testes: t de Student ou Mann-Whitney e Qui-quadrado. Dentre 321 RNPT<1500g nascidos no serviço 303 preencheram os critérios de inclusão e 126 (42%) tiveram clampeamento tardio, sem diferença nos 4 anos de estudo. Os grupos não diferiram quanto à via de nascimento, gemelaridade e percentual de PT tardios. No grupo CT comparado ao CP houve diferença (p<0.001) nas medianas da idade gestacional (30 vs 28 semanas) e peso (1210 vs 1000g), na necessidade de reanimação (32% vs 88%), no uso de oxigênio a 100% (8% vs 32%) e CPAP em sala de parto (90% vs 54%). A evolução neonatal foi melhor no grupo CT, com menor frequência de hipotermia na admissão (5% vs 15%), de hemorragia periintra-ventricular grave (2,4% vs 12%), de uso de drogas vasoativas (11% vs 31%), de transfusão sanguínea (35% vs 51%) e menor mortalidade precoce (5% vs 23%) e durante a internação (11% vs 36,5%). Em RNPT<1500g o clampeamento tardio não é frequente devido à elevada necessidade de reanimação, mas deve praticado sempre que possível pois está associado à melhor evolução e prognóstico neonatal.

Comentadores: GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO e ANA MARIA A G PEREIRA DE MELO

PC-11 - SISTEMA DE MONITORAMENTO NEONATAL BRASILEIRO: REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO NAS SALAS DE PARTO ENTRE 2021 E 2023

DANIELA TESTONI COSTA-NOBRE (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), CYNTHIA MAGLUTA (IFF - FIOCRUZ), LETÍCIA BARROS (IFF - FIOCRUZ), CÉLIA ADRIANA NICOLOTTI (IFF - FIOCRUZ), JOSÉ ROBERTO RAMOS (IFF - FIOCRUZ), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARIA GOMES (IFF - FIOCRUZ)
SAO PAULO/SP

Dados do DATASUS (2022) revelam frequência de óbito neonatal de 31% em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) e 78% desses óbitos ocorrem na primeira semana de vida. Essa elevada taxa de mortalidade pode estar relacionada a falhas na assistência ao parto. Descrever as práticas de reanimação de RNMBP incluídos em um sistema de monitoramento de unidades neonatais do SUS entre 2021 e 2023. Estudo de coorte com coleta prospectiva de dados em hospitais/maternidades vinculados ao SUS no Brasil. Foram incluídos recém-nascidos (RN) com idade gestacional entre 23-31 semanas e peso ao nascer entre 400-1499g, sem malformações, nascidos nos próprios centros. Foram

excluídos RN de centros com <50 registros anuais. Práticas de reanimação foram analisadas conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, incluindo ventilação com pressão positiva (VPP) e reanimação avançada (VPP por intubação traqueal com massagem cardíaca e/ou medicações), além da medida da temperatura axilar na admissão à unidade neonatal. Aplicou-se o qui-quadrado de tendência linear para comparar os anos do estudo. De 2021 a 2023 nasceram 96.590 RN em 92 unidades e 10.625 atenderam aos critérios de inclusão. Foram excluídos 1.125 RN de 28 unidades com <50 registros anuais. Dos 9.500 RNMBP analisados, 4.057 (43%) não foram reanimados, com resultados semelhantes no período. Dos 9.500 RNMBP analisados, 1.093 (12%) receberam somente VPP por máscara facial e 4.300 (45%) receberam VPP com cânula traqueal, sem modificação no decorrer dos anos: 2021 - 45%, 2022 - 45% e 2023 - 46%. Dos 5.393 RN ventilados, 40% usaram ventilador mecânico manual com Peça-T, com aumento no período: 2021 - 37%, 2022 - 42% e 2023 - 42% (p=0,001). Dos 9.500 RNMBP, 764 (8%) receberam reanimação avançada, sem modificação no decorrer do período. Hipotermia <36,0°C à admissão ocorreu em 4.006 (43%) RN, com diminuição no período: 2021 - 45%, 2022 - 44% e 2023 - 40% (p<0,001). O sistema de monitoramento permitiu a análise abrangente das práticas de reanimação neonatal em RNMBP de 64 instituições SUS brasileiras. Destaca-se oportunidade significativa de aprimoramento na adoção das diretrizes de reanimação, com potencial impacto na redução da mortalidade neonatal.

Comentadores: GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO e ANA MARIA A G PEREIRA DE MELO

PC-12 - CONSUMO DE ETANOL NO PERÍODO GESTACIONAL: DADOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO-RJ

LUANA MOREIRA TAVARES NOGUEIRA (UNIRIO), MARCOS FELIPE FERREIRA BORGES (UNIRIO), ADRIANO BARROS DE ALMEIDA (UNIRIO), PABLO TRINDADE (UFRJ)
RIO DE JANEIRO/RJ

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é uma das principais causas evitáveis de déficit intelectual no mundo e ocorre devido ao consumo de bebidas alcoólicas pela mãe durante a gestação. As manifestações incluem, principalmente, alterações faciais, baixo peso ao nascer e atrasos no neurodesenvolvimento do sistema nervoso central. O diagnóstico é baseado na presença desses achados associado à documentação do consumo de álcool durante a gestação. Primário: Observar a frequência de consumo de álcool por mulheres durante a gestação na maternidade em Hospital Universitário no Rio de Janeiro - RJ. Secundário: Identificar correlações para o consumo de etanol durante a gestação.

O estudo é uma pesquisa seccional e local, em que foram incluídas 100 puérperas na maternidade de hospital universitário no Rio de Janeiro- RJ. Aplicamos o AUDIT - questionário com 10 perguntas desenvolvido pela OMS para investigar a dependência de etanol. Relacionamos os dados do AUDIT com as variáveis idade materna e grau de escolaridade. Fizemos análises estatísticas pelo Programa Office Excel e Jamovi. Consideramos p valor considerado estatisticamente significativo <0,05. Esse trabalho foi aprovado pelo CEP da instituição. CAAE: 66533122.9.0000.5258 Obtivemos uma frequência de 20% de consumo de etanol na gestação. Dessas, duas mulheres mantiveram o mesmo consumo e 18 reduziram. Dentre estas, a maioria era de “baixo risco” pelo AUDIT, com ensino médico completo e tinha entre 19-24 anos. Com esse dado, destacamos que a SAF apresenta um perfil sócio-demográfico e continua sendo um desafio invisível no cenário nacional e global, devendo ser discutido e difundido no Brasil e no mundo. Por fim, salientamos que cada gestante e puérpera deve ser acolhida e cuidada, independente de suas ações ou escolhas pessoais.

Comentadores: ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO e DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-13 - USO DE SIMULAÇÃO E NOVAS TECNOLOGIAS PARA O ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL NA GRADUAÇÃO

GIOVANNA WROBEL (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), CARMEN ELIAS (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), HEIDI PACHECO (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), FABIO CARDOSO (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), ANNA BUCHMANN (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), PAULA GARRITANO (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA), VALTER BRANCO (ESTACIO IDOMED VISTA CARIOCA)
RIO DE JANEIRO/RJ

O aprendizado da reanimação neonatal na graduação é essencial para uma adequada assistência ao recém-nascido na sala de parto. A nova geração de jovens estudantes encontra-se diante do avanço tecnológico, sendo importante atualizar a metodologia de ensino dessa temática. Avaliar a aplicabilidade das novas tecnologias no ambiente de simulação realística, expostos ao conhecimento teórico prévio, no contexto da reanimação neonatal. Realizamos uma pesquisa-ação sobre a prática docente no campo da neonatologia, com o n = 44 acadêmicos, das ligas de Pediatria e Neonatologia de instituição ensino privada. Determinou-se leitura prévia das diretrizes da sociedade

brasileira de pediatria para recém nascidos maiores de 34 semanas, vídeo de fluxograma da reanimação, atividade prática de simulação realística e questionário para fixação do conteúdo. Criou-se um questionário baseado na Escala Likert para análise da eficácia da metodologia a partir da avaliação dos alunos. Tais resultados foram submetidos à análise estatística e entre cruzamento de dados.

Baseado no questionário estruturado, concluiu-se que 100% dos estudantes consideraram as atividades eficazes ou extremamente eficazes para o aprendizado da reanimação neonatal. Dentre os questionamentos: 95% expressaram satisfação com o conhecimento adquirido, de modo que 82% julgou o uso de tecnologias e simulação uma metodologia extremamente eficaz gerando comparativo de que os materiais instrucionais receberam avaliação positiva de 95% dos alunos, sendo que 98% demonstram total satisfação de forma a indicar o curso a outros discentes. O método possibilitou a sedimentação do conhecimento e o refinamento de técnicas, mostrando-se eficaz com aceite de 100% aos instrutores, tanto para os alunos iniciantes no tema quanto para aqueles que já haviam estudado o conteúdo durante a graduação.

Demonstramos que a paridade Instrutores e tecnologia viabilizou novas modalidades de ensino, subseqüente à dinâmica de leitura prévia e vídeos, de forma a alcançarmos os objetivos preestabelecidos e incentivando a implementação desta modalidade de ensino.

Comentadores: ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO e DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-14 - INCIDÊNCIA DE HIPOTERMIA NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

PATRICIA CARRENHO RUIZ (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), ALINE OTSUKI DE LIMA MATOS (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), CAMILA ZANIN BISSOLI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), LUCIANA GALVÃO DE FRANÇA FIRMO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), FLÁVIA PAIVA PRUDENTE DE MORAES (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), MÁRCIA MARIA OSIRO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), MARIANA ANANIAS (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE)
SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

A regulação térmica é um dos fatores críticos na sobrevivência e estabilidade do recém-nascido. Quanto menor a idade gestacional e maior gravidade clínica, maior a necessidade de suporte para manter a normotermia, garantindo um cuidado efetivo e seguro para o prematuro. Determinar a incidência de hipotermia no decorrer da primeira hora de vida, de acordo com a classificação de intensidade, em recém-nascidos pré-termo. Definir o risco relativo do óbito na 1ª semana de vida com a presença de hipotermia na 1ª hora de vida. Estudo de coorte, retrospectivo, analítico. Incluídos pacientes com peso de nascimento 8804,1500g e/ou idade gestacional até 31 semanas e 6 dias, nascidos no hospital e admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTINeo) de janeiro de 2020 a dezembro de 2023. Excluídos

pacientes com malformações maiores e os pacientes que evoluíram para o óbito na primeira hora de vida. Informações obtidas a partir do banco de dados da unidade. Aferição da temperatura axilar em três momentos: após estabilização na sala de parto, na admissão à UTINeo e ao completar 1 hora de vida. Classificação da gravidade da hipotermia conforme diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Na análise estatística, comparações dos dados não-paramétricos pelo teste de Kruskal-Wallis e comparações múltiplas de Dunn, com nível de significância de 5%. Incluídos 364 pacientes. A incidência de hipotermia na admissão foi de 59,62% e ao fim da 1ª hora de vida foi de 43,41%, com predomínio da classificação de hipotermia moderada em ambos os momentos. A média da temperatura na admissão aumentou de 36,0oC para 36,6oC entre 2020 e 2023 (p<0,0001) e ao fim da 1ª hora de vida aumentou de 36,0oC para 36,8oC (p<0,0001). Observada melhora na aferição e registro da temperatura em prontuário nos três momentos entre 2020 e 2023. Todos os pacientes foram recepcionados em fonte de calor radiante e envoltos em saco de polietileno e touca dupla, a temperatura da sala foi >23oC em 75% dos nascimentos. Em janeiro de 2023, iniciou-se o uso do colchão térmico nos menores de 1000g. O risco relativo de óbito na 1ª semana de vida foi de 1,43 (IC95% 0,8249-2,515) com hipotermia na admissão e de 1,477 (IC95% 0,819-2,674) com hipotermia ao fim da 1ª hora de vida. Neste estudo, não houve aumento do risco de óbito na 1ª semana de vida nos pacientes hipotérmico na 1ª hora de vida, porém a hipotermia no prematuro é frequente no decorrer da 1ª hora de vida e é necessário adequar a prática para garantir o controle térmico adequado.

Comentadores: ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO e DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-15 - DISSEMINAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NOS HOSPITAIS DA CAPITAL E INTERIOR NO ESTADO DE SÃO PAULO EM 2023

MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), SILVIA H MOSCATEL LOFFREDO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), ANA PAULA LUCAS BONALUMI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), ANA TOMIE NAKAYAMA KURAUCHI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), CLÁUDIA TANURI (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), CHEUNG HEI LEE RUSSO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), GLADYS GRIPP BICALHO (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), MARIA ANGELA SARAIVA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), PEDRO ALEXANDRE FEDERICO BREUEL (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), RENATO OLIVEIRA DE LIMA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), SÉRGIO MARTINS MARBA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), RUTH GUINSBURG (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP), MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO - SBP) ATIBAIA/SP

O treinamento dos profissionais de saúde em reanimação neonatal é fundamental para reduzir a mortalidade neonatal associada à asfixia. Determinar se as maternidades/hospitais

do Estado de São Paulo realizaram o curso atualizado de reanimação neonatal do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Estudo de coorte retrospectivo das maternidades/hospitais com 100 nascidos vivos ou mais no ano de 2023 com base nos dados preliminares do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Os dados sobre a realização dos cursos de reanimação neonatal do recém-nascido 8805,34 semanas em cada hospital/maternidade a partir de agosto de 2022 foram extraídos do sistema informatizado do PRN-SBP. Realizada análise descritiva de cursos realizados de acordo com o número de nascidos vivos nos hospitais de acordo com a localização: Capital (município de São Paulo) e Interior do Estado de São Paulo. No ano de 2023, em 355 hospitais nasceram 100 ou mais nascidos vivos, sendo 14% deles na Capital e 86% no Interior do ESP. Os cursos de reanimação neonatal ocorreram em: 100% dos 4 hospitais da Capital e 100% dos 3 hospitais do Interior com 8805,5000 nascidos vivos, em 57% dos 14 hospitais na Capital e 77% dos 13 hospitais do Interior com 3000-4999 nascidos vivos, em 52% dos 25 hospitais da Capital e 43% dos 101 hospitais do Interior com 1000 a 2999 nascidos vivos, em 33% dos 6 hospitais da Capital e 27% dos 86 hospitais do Interior com 500 a 999 nascidos vivos. Nos hospitais com 100 a 499 nascidos vivos no ano de 2023, 50% dos 6 hospitais da Capital e 10% dos 141 hospitais do Interior fizeram o curso. No ESP, a grande maioria dos hospitais com 3000 nascidos vivos ou mais no ano de 2023 realizam o treinamento dos médicos e profissionais de saúde em reanimação neonatal de acordo com as diretrizes SBP 2022. É necessário disseminar o PRN no Interior do ESP, principalmente nos hospitais com menos de 1000 nascidos vivos/ano a fim de garantir a assistência ao recém-nascido na sala de morte e reduzir a mortalidade neonatal com asfixia.

Comentadores: ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO e DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-16 - SUPORTE VENTILATÓRIO NA SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO

PATRICIA CARRENHO RUIZ (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), ALINE OTSUKI DE LIMA MATOS (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), CAMILA ZANIN BISSOLI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), FLÁVIA PAIVA PRUDENTE DE MORAES (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), LUCIANA GALVÃO DE FRANÇA FIRMO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), MÁRCIA MARIA OSIRO (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), MARIANA ANANIAS (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE) SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP

A assistência ventilatória ao recém-nascido pré-termo em sala de parto é fundamental para garantir a adaptação cardiorrespiratória e a estabilidade para o transporte e admissão à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTINeo). Descrever o suporte ventilatório oferecido aos recém-nascidos pré-termo e a aplicação do CPAP nasal na estabilização em sala de parto. Descrever o risco relativo do uso do CPAP nasal em sala de parto e a evolução para Displasia Broncopulmonar (DBP) ou óbito. Estudo de coorte, retrospectivo, analítico. Incluídos pacientes com

peso de nascimento 8804,1500g e/ou idade gestacional até 31 semanas e 6 dias, nascidos no hospital e admitidos na UTINeo no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2023. Excluídos pacientes com malformações maiores e os pacientes que evoluíram para o óbito na primeira hora de vida. Informações obtidas a partir do banco de dados da unidade. Utilizada estatística descritiva, cálculo do risco relativo por tabela de contingência e teste exato de Fisher, com nível de significância de 5%. Foram incluídos 460 pacientes, 64,78% receberam ventilação com pressão positiva em sala de parto e o dispositivo utilizado foi o reanimador manual em T em 84,90%. O CPAP nasal foi o tipo de suporte ventilatório à admissão na UTINeo em 49,57% dos pacientes. As incidências anuais de uso de CPAP nasal à admissão mantiveram-se estáveis no período do estudo. Dos pacientes 8804,1000g, 75,63% foram intubados em sala de parto, com um risco relativo de intubação de 2,568 ($p < 0,0001$, IC 95% 2,103-3,159). Considerando os pacientes admitidos em CPAP nasal, o risco relativo de DBP foi de 0,3393 ($p < 0,0001$, IC 95% 0,2071-0,5517) e o risco relativo de óbito foi de 0,2080 ($p < 0,0001$, IC 95% 0,1343-0,3185). Neste estudo, a maioria dos pacientes recebeu ventilação com pressão positiva em sala de parto, sendo o reanimador manual em T o dispositivo utilizado predominantemente, em conformidade com as diretrizes atuais. A utilização do CPAP nasal em sala de parto ainda é uma prática a ser desenvolvida neste serviço, em especial nos pacientes 8804,1000g. O uso do CPAP nasal à admissão na UTINeo reduziu o risco de DBP ou óbito.

Comentadores: JOÃO CESAR LYRA e ANTONIO CARLOS DE MORAES

PC-17 - DESVENDANDO PADRÕES EPIDEMIOLÓGICOS: O PERFIL DA ASFIXIA PERINATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO (2019-2022)

JÚLIA MARCONDES BARBOZA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI)
MOGI GUAÇU /SP

Asfixia perinatal, caracterizada pela falta de oxigenação ao nascimento, é uma causa significativa de morbimortalidade neonatal, sendo a terceira causa de óbito nessa faixa etária, além de ser responsável por lesões cerebrais permanentes. A análise dos padrões é crucial para aprimorar os resultados neonatais e a saúde pública. Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por asfixia perinatal no estado de São Paulo entre os anos de 2019 a 2022, focando na identificação de fatores de risco e padrões temporais. Estudo ecológico retrospectivo e descritivo, utilizando dados do Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do SUS, referentes ao período de 2019 a 2022. Analisou-se casos de óbitos pela asfixia perinatal (CID P.21) com base em variáveis como faixa etária de 0 a 27 dias de vida, sexo, cor/raça, idade materna, duração da gestação,

tipo gravidez, tipo parto e peso ao nascer. O estado de São Paulo, entre 2019 a 2022, registrou 427 óbitos por asfixia perinatal. No mesmo período, o Brasil registrou 2.460 óbitos e o Sudeste, 862. Assim, óbitos por asfixia perinatal, no estado de São Paulo representam 17,35% do total nacional e 49,53% do regional. Os óbitos foram mais prevalentes em recém-nascidos com até 6 dias de vida (78,22%), do sexo masculino (54,8%), brancos (68,85%), de idade gestacional entre 37 a 41 semanas (39,12%), nascidos de mães entre 20 e 24 anos (24,59%), com gestações únicas (92,27%), partos vaginais (53,16%) e peso ao nascer entre 500 e 999g (27,88%). A alta incidência de óbitos por asfixia perinatal em São Paulo, comparada a outros estados no Sudeste, requer intervenções direcionadas para mitigar esse problema. Identificar esses padrões epidemiológicos possibilita implementar estratégias preventivas, diagnósticas e de manejo mais eficazes da asfixia perinatal. Estudos prévios destacam a importância dessas intervenções, evidenciando a redução significativa da morbimortalidade neonatal com protocolos específicos implementados precocemente. Portanto, é imperativo formular e implementar políticas de saúde públicas abrangentes para enfrentar esses desafios em todo o país, visando melhorar os desfechos neonatais e reduzir o impacto da asfixia perinatal na saúde pública brasileira.

Comentadores: JOÃO CESAR LYRA e ANTONIO CARLOS DE MORAES

PC-18 - PRONTIDÃO DAS MATERNIDADES BRASILEIRAS PARA A REANIMAÇÃO NEONATAL

ALINE LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), SONIA BITTENCOURT (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ), MARIA DO CARMO LEAL (FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ), RICARDO GURGEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE)
ARACAJU /SE

O período neonatal é o mais crítico para a sobrevivência de uma criança. Globalmente, 2,3 milhões de bebês morrem anualmente, antes de 1 mês. Quase metade destes, nascem e morrem no mesmo dia. Estima-se que a maioria destes óbitos seriam evitáveis através de intervenções como nascimento em condições adequadas, assistência por atendente habilitado, ventilação com balão e máscara, acesso a antibióticos e controle da temperatura. Avaliar a prontidão das maternidades brasileiras para a reanimação neonatal quanto à estrutura, equipamentos e recursos humanos. Trata-se de estudo multicêntrico, observacional, descritivo e transversal, envolvendo 323 maternidades brasileiras assim distribuídas: Norte = 50, Nordeste = 75, Sudeste = 112, Sul = 42, Centro-Oeste = 44, e equilibradas quanto ao fluxo de partos, localização

e tipo de financiamento. Os dados foram coletados através de entrevistas aos gestores das unidades, com questionário estruturado. Quanto à estrutura física, 64% das maternidades possuíam UTIN, 54% possuíam controle individual de temperatura em todas as salas de parto e em 77% o atendimento ao bebê ocorria na mesma sala do parto. Foi referida presença de equipamentos essenciais para a reanimação neonatal (berço aquecido, máscaras faciais, balão auto inflável, laringoscópio, cânulas traqueais, oxímetro) em 63% das instituições, com grande variação entre as regiões (36% no Norte e 76% no Sudeste). Quanto à equipe assistencial, apenas 34% das instituições referiram possuir pediatra na escala de plantão 24 horas por dia em todos os dias. Afirmaram possuir protocolos de neonatologia, 81% das maternidades e em 76%, as equipes de assistência neonatal haviam participado de treinamentos nos últimos 5 anos. Foi avaliado também o processo de transferência dos bebês, quando indicado: em 52%, o tempo médio até a unidade de referência era maior que 90 minutos e 51% dos gestores referiram uso de ambulâncias não apropriadas. Observou-se lacunas para a reanimação neonatal adequada nas maternidades brasileiras, principalmente quanto à presença do pediatra de forma ininterrupta e disponibilidade de equipamentos básicos, com significativas discrepâncias regionais.

Comentadores: JOÃO CESAR LYRA e ANTONIO CARLOS DE MORAES

PC-19 - ANÁLISE DA TAXA DE MORTALIDADE PERINATAL POR HIPÓXIA INTRA-UTERINA E ASFIXIA AO NASCER NA REGIÃO SUDESTE ENTRE 2017 E 2022.

MARCELA CRISTINA DE SOUZA LEMUS (UFRJ), AMANDA APARECIDA AGUIAR BALDUCE (UFRJ) MACAÉ/RJ

A taxa de mortalidade perinatal por hipóxia intra-uterina e asfixia ao nascer revela dados importantes sobre qualidade da assistência prestada à gestação, ao parto e ao recém-nascido, bem como níveis de saúde e desenvolvimento socioeconômico regional. Analisar a taxa de mortalidade perinatal na região sudeste do Brasil por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer.

Estudo ecológico observacional do tipo transversal. Utilizou-se para coleta dos dados o Sistema de Informação de Mortalidade e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos disponíveis no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados foram relativos à notificações de óbitos perinatais por asfixia

ao nascer (P21) e hipóxia intra-uterina (P20), de acordo com a categoria CID-10, na região sudeste entre os anos de 2017 e 2022. Não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A limitação do estudo é a possível subnotificação de casos.

A região sudeste representa 44,69% (16.486) dos óbitos por P20 e P21 do total nacional, entre 2017 e 2022, e apresentou taxas de mortalidade perinatal por P20 e P21 superiores à média nacional em todos os anos analisados. O estado do Rio de Janeiro apresentou a maior taxa de mortalidade em 2021, com 4,2 por mil nascidos vivos (NV). Contrariamente, neste mesmo período, o estado de Minas Gerais registrou a menor taxa de mortalidade da região, com valor de 1,4 por mil NV. O estado de São Paulo apresentou a 2º maior taxa de mortalidade perinatal em todo o intervalo de tempo analisado quando comparado com a região sudeste, com redução importante dessa taxa de 3,2 para 1,9 por mil NV entre os anos 2019-2021.

Em todo o período estudado, o Rio de Janeiro ocupou o 1º lugar com as maiores taxas de mortalidade no período analisado, e, logo em seguida, São Paulo ocupou o 2º lugar, ambos em relação ao sudeste. Por outro lado, Minas Gerais apresentou as menores taxas no mesmo período, sendo necessário avaliar os fatores demográficos, socioeconômicos e regionais para identificar tal disparidade.

Comentadores: JOÃO CESAR LYRA e ANTONIO CARLOS DE MORAES

PC-20 - JOGO DOS SETE ERROS EM REANIMAÇÃO NEONATAL- APLICANDO A GAMIFICAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ASSISTEM RECÉM-NASCIDOS DE UM HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO PAULO

RENATO LIMA (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), PAULO RAFAEL GONÇALVES DA SILVA VON ZUBEN (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), LAURA AKIE TOMINAGA (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), LUCAS DE BRITTO CAPELARI (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), MATHEUS MENDONÇA ROSSI ARAÚJO (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), PEDRO AYRES GENEROSO (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), VINICIUS COUTO MABILIA (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO), CRISTIANE BAPTISTA FERREIRA MARTINIANO (CENTRO UNIVERSITARIO SÃO CAMILO) SÃO PAULO/SP

A gamificação aplicada na educação é uma estratégia que facilita a assimilação de conteúdos tornando o ensino mais efetivo e duradouro. Apresentar, em formato de jogo, resumo do fluxograma proposto pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) a um grupo de profissionais de saúde. Oficina em formato de jogo elaborada por médico instrutor credenciado pelo PRN-SBP e seis alunos internos de um curso de Medicina certificados em 2024 com o curso de Reanimação do recém-nascido (RN) 8805, 34 semanas. Proposta ambientada em cenário realístico de uma sala de parto montada em um auditório utilizando manequim neonatal e materiais listados

na Portaria 371 do Ministério da Saúde. Os internos de Medicina desempenharam o papel de atores na simulação do nascimento de um RN termo em apneia após um parto vaginal. No decorrer da reanimação, realizada no formato “slow motion”, sete erros foram cometidos. Os participantes da oficina foram orientados a transitarem pelo cenário realístico anotando possíveis erros observados em um formulário. Após o término da simulação, os erros foram apontados e corrigidos pelo médico instrutor. Na sequência, os atores retornaram ao cenário do jogo para a realização da mesma simulação corrigindo as falhas. Erros (E) cometidos: E1: clampeamento tardio do cordão umbilical após estímulo tátil sem sucesso, E2: hiperextensão do pescoço na sequência dos Passos iniciais, E3: falta de monitorização da saturação de oxigênio, E4: máscara facial mal acoplada, E5: disparo da válvula de segurança durante a ventilação com pressão positiva, E6: massagem cardíaca (MC) antecedendo a intubação orotraqueal, E 7: técnica incorreta da MC. Foram realizadas oito sessões da oficina com duração aproximada de 1 hora por sessão para um público de 84 participantes: 47 técnicos de enfermagem (56%), 27 enfermeiros (32,1%), 9 estudantes de medicina (10,7%) e 1 médico (1,2%). Apenas 25,8% dos participantes realizaram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP. E1 foi identificado por 67 participantes (79,7%), E2=14 participantes (16,6%), E3=24 participantes (28,5%), E4=16 participantes (19%), E5=07 participantes (8,3%), E6=15 participantes (17,8%), E7=40 participantes (47,6%). Estratégias de gamificação podem contribuir para o aprendizado em reanimação neonatal e divulgação da relevância do PRN-SBP.

Comentadores: JOSÉ HENRIQUE MOURA e
RENATO OLIVEIRA DE LIMA

PC-21 - HIPOTERMIA DE ADMISSÃO NA UNIDADE NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

MARIA BÁRBARA FRANCO GOMES (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), CARMEM BATISTA ARANTES (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), MOEMA DE GODOY PIRES SARMENTO (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), LUCIANNA LÓBO CHAVES (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), RAFAELA BARROS CRUVINEL FARIA (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), GABRIELA PROTO DIAS (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), RAFAELA WANDER ALMEIDA BRAGA (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), ANA LUIZA BONI (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), PATRÍCIA EDWIGES FIGUEIRA (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)), DANIELLE BARBOSA DE MACEDO (SES (HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER)) GOIANIA /GO

A hipotermia é um dos principais fatores de risco para piora do prognóstico do RN, aumentando a morbidade e a mortalidade neonatal em todo o mundo. Controlar a temperatura dos recém-nascidos, especialmente dos pré-termo, resulta em maior sobrevivência e melhor prognóstico. Avaliar a prevalência de hipotermia de admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e associação deste evento com a mortalidade e necessidade de ventilação mecânica nas primeiras 24 horas. Estudo

observacional retrospectivo, transversal com busca de dados no prontuário informatizado em um hospital público de referência para gestação de alto risco do Estado de Goiás no período de janeiro a junho de 2022. Pesquisa aprovada no comitê de ética em pesquisa com o CAAE 52778021.0.0000.5080. A população estudada foi de 82 neonatos admitidos na UTIN, excluindo-se os malformados. As análises estatísticas foram realizadas por meio do software Jamovi 2022, versão 2.3. Foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. O nível de confiança foi de 95% e considerado estatisticamente significativo valor de $p < 0,05$

A prevalência de hipotermia de admissão na UTIN foi de 50%, sendo 63,4% de hipotermia moderada. Observamos 19,5% da amostra sem registro da temperatura à admissão, sendo este um melhor índice que o encontrado no ano anterior no mesmo estudo. Todos os hipotérmicos eram prematuros. Os normotérmicos apresentaram melhor resposta a reanimação em sala de parto. Não houve associação com significância estatística entre a hipotermia e necessidade de ventilação mecânica e mortalidade. A hipotermia foi duas vezes mais prevalente na população estudada com o dobro de aumento no registro da temperatura de admissão em relação ao ano anterior. Sendo este resultado de uma maior conscientização das equipes da importância em fazer o correto registro deste sinal, para a melhoria da qualidade do controle térmico destes neonatos críticos.

Comentadores: JOSÉ HENRIQUE MOURA e
RENATO OLIVEIRA DE LIMA

PC-22 - USO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA APÓS ASFIXIA NEONATAL

TÂNIA MARA BEZERRA NASCIMENTO AYRES (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI), GABRIELA LARA E NASCIMENTO OLIVEIRA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI), SAMUEL HENRIQUE CORRADI GOMES (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI), CAROLINE CAMACHO OLIVEIRA COSTA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI), IZABELA RODRIGUES SANTOS MOTA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI), YASMIM FERREIRA DE ARAUJO COSTA (HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO GOVERNADOR PAULO GUERRA - HR), WYDEGLÂNNYA DE AGUIAR COSTA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO - MARI) IMPERATRIZ/MA

A Asfixia Neonatal está entre as principais causas de mortalidade neonatal. É caracterizada pelo déficit de oxigênio e má perfusão, requer intervenção imediata para prevenir efeitos lesivos, sendo a hipotermia terapêutica (HT) a medida de manejo mais utilizada. Descrever o uso da HT em recém-nascidos (RNs) que sofreram asfixia neonatal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em fevereiro de 2024, onde se utilizou a pergunta norteadora "Como se dá o uso da HT em RNs após asfixia neonatal?". A pesquisa bibliográfica foi conduzida através da Biblioteca Virtual

em Saúde (BVS), utilizando os descritores: 'Hipotermia', 'Terapêutica', e 'Asfixia Neonatal', e seus equivalentes em inglês e espanhol. Estes termos foram combinados utilizando operadores booleanos: 'OR' e 'AND'. Um total de 34 artigos foram inicialmente obtidos, sendo selecionados aqueles publicados entre 2019 a fevereiro de 2024. Quatro artigos foram incluídos nesta pesquisa com base nos critérios estabelecidos. Não houve restrição de idioma. A HT é um procedimento crucial que deve ser iniciado nas primeiras 6 horas de vida do recém-nascido. Pode ser aplicada seletivamente na cabeça, mantendo uma temperatura de 34,5°C, ou de forma corporal, submetendo o recém-nascido a 33,5°C por 72 horas. Após esse período de resfriamento, é fundamental realizar o reaquecimento de maneira lenta e progressiva ao longo de 4 a 5 horas. Por conseguinte, observou-se que a HT atua como neuroprotetor pois diminui o metabolismo celular, o edema cerebral e pressão intracraniana, e inibe apoptose celular. Além disso, durante a aplicação dessa abordagem, é crucial que a equipe mantenha um controle rigoroso da temperatura corporal central, monitore a hemodinâmica, controle os níveis de glicemia, observe a integridade da pele e mantenha uma comunicação eficaz com a família. Em suma, pode-se inferir que a HT contribui para preservar o estado neurológico do RN, oferecendo melhores perspectivas de recuperação. Porém, para tal, a capacitação profissional e implementação eficaz da HT nos hospitais são cruciais para garantir o sucesso dessa técnica neuroprotetora e melhorar os resultados em RNs com asfixia neonatal.

Comentadores: JOSÉ HENRIQUE MOURA e
RENATO OLIVEIRA DE LIMA

PC-23 - ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA EM RECÉM-NASCIDO COM <34 SEMANAS EM SALA DE PARTO AO LONGO DE 5 ANOS

RAFAELA CATELAN MARTINS PEREIRA (UNESP (FMB)), BRUNA ALMENDAGNA GOMES (UNESP (FMB)), LETÍCIA DIAS BERRIEL (UNESP (FMB)), JOÃO CESAR LYRA (UNESP (FMB)), MARIA REGINA BENTLIN (UNESP (FMB)), LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (UNESP (FMB))
BOTUCATU/SP

A sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNPT) depende, além de vários aspectos do cuidado antenatal, da assistência imediata neonatal em sala de parto, tendo em vista que a maioria deles necessitará de auxílio para iniciar a transição cardiorrespiratória e, portanto, sua adaptação à vida extrauterina. Sendo assim, a assistência ventilatória em sala de parto assume papel de suma importância na assistência ao RNPT. Avaliar a assistência ventilatória em sala de parto ao longo dos anos nos pacientes com menos de 34 semanas de idade gestacional (IG) num hospital universitário. Estudo observacional, de corte transversal, utilizando amostra de conveniência, realizado na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, no período de 2017 a 2021. Os dados foram obtidos por meio da consulta ao banco de registros da unidade e aos prontuários. Incluídos prematuros menores que 34 semanas de IG, nascidos na unidade, e excluídos aqueles

morreram em sala de parto, apresentavam malformações maiores e/ou infecções congênitas graves, totalizando 308 pacientes.

Em todo o período analisado, o uso de ventilação com pressão positiva em sala de parto se deu em 187 RNPT (60,7%), sendo necessária intubação orotraqueal (IOT) para reanimação em 117 (38%) e pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) de forma precoce e/ou por desconforto respiratório em 168 (54,5%) RNPT. Dividindo-os em grupos de acordo com a IG, o primeiro é formado por 129 prematuros extremos (IG <28 semanas), neste grupo 73 (56,5%) foram intubados e 39 (30,2%) necessitaram de CPAP, no segundo grupo formado por 146 muito prematuros (28 semanas e 31 semanas e 6 dias), IOT foi necessária em 41 (28%) e CPAP em 101 (69,2%) e, no terceiro grupo, composto por 33 prematuros moderados (IG entre 32 e 33 semanas e 6 dias), houve necessidade de IOT em 3 (9%) e CPAP em 28 (84,5%) pacientes. Ainda, ao longo dos anos, houve redução expressiva de IOT em sala de parto, sendo a taxa de 27% em 2017 reduzida a 15% em 2021. Observamos que quanto menor a idade gestacional, maior a necessidade de IOT em sala de parto, no entanto, o avanço na assistência e a utilização de protocolos com abordagens menos invasivas, como o uso de CPAP precoce, têm limitado a necessidade de IOT sobretudo no grupo de recém nascido com > 28 semanas, com uma queda expressiva em 5 anos em nosso estudo. Assim, o uso do CPAP associado aos avanços na assistência e terapias de suporte traz boas perspectivas em minimizar a lesão pulmonar e diminuir a incidência de displasia broncopulmonar a longo prazo.

Comentadores: JOSÉ HENRIQUE MOURA e
RENATO OLIVEIRA DE LIMA

PC-24 - AVALIAÇÃO TEMPORAL DAS PRÁTICAS RELACIONADAS À TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE SURFACTANTE EM UM PERÍODO DE 5 ANOS, EM UNIDADE NEONATAL DE NÍVEL TERCIÁRIO

RAFAELA CATELAN MARTINS PEREIRA (UNESP (FMB)), LETÍCIA DIAS BERRIEL (UNESP (FMB)), BRUNA ALMENDAGNA GOMES (UNESP (FMB)), JOÃO CESAR LYRA (UNESP (FMB)), MARIA REGINA BENTLIN (UNESP (FMB)), LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (UNESP (FMB))
BOTUCATU/SP

O nascimento prematuro vem se mostrando uma constante em todo mundo, sendo a síndrome do desconforto respiratório (SDR), causada pela deficiência de surfactante, uma de suas morbidades. A terapia de reposição de surfactante (TRS) é utilizada e recomendada para o manejo da SDR, melhorando a sobrevivência e reduzindo complicações como a displasia broncopulmonar (DBP). Técnicas cada vez menos invasivas têm sido implementadas a fim de reduzir as complicações associadas à intubação e ventilação com pressão positiva. Ao longo dos anos, novas técnicas foram implementadas na Unidade Neonatal do HC-FMB. Avaliar a tendência temporal das técnicas de TRS ao longo

de 5 anos (2017 a 2021) em RNPT < 34 semanas em uma unidade neonatal de nível terciário. Estudo observacional, de corte transversal, utilizando amostra de conveniência, realizado na Unidade Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, no período de 2017 a 2021. Foram incluídos prematuros menores que 34 semanas de idade gestacional, nascidos na unidade, que não morreram em sala de parto, sem malformações maiores e infecções congênitas graves e que receberam terapia de reposição de surfactante, através da terapia de surfactante (TRS) convencional, pelo método INSURE (IN) ou cateter fino (CF). Dos 238 prematuros analisados, tivemos 175 no grupo Surf I (TRS), 24 no grupo IN (INSURE) e 39 no grupo CF (Cateter Fino). A avaliação temporal do uso das diferentes técnicas de administração de surfactante mostrou uma variação do TRS convencional de 76% em 2017 a 56% em 2021, enquanto o InSurE foi de 24% (2017) a zero (2021). A técnica por cateter fino, iniciada em 2018, correspondia a 5%, chegando a 44% em 2021. Evidenciamos uma tendência decrescente dos métodos invasivos para administração de surfactante, enquanto a administração por cateter fino vem sendo cada vez mais utilizada, tais técnicas minimamente invasivas mostram segurança e não aumentam o risco de desfechos graves em curto prazo, bem como a longo prazo em relação ao aumento de óbito e/ou displasia broncopulmonar.

Comentadores: LEILA DENISE CESARIO PEREIRA e MARINA VANZELA LÂNIA

PC-25 - A INCANSÁVEL BUSCA PELA NORMOTERMIA DO RECÉM NASCIDO PREMATURO, A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL ESCOLA NO INTERIOR DE SÃO PAULO.

MARINA LANIA TELES (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARIA CRISTINA PASSOS FLEURY (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), NATHÁLIA OLIVEIRA KOLLN (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), GABRIELLA ROSSI DOMINGUES FARTO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISABELA CORTEZ CUCOLICCHIO NACIF (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), REGIANE MARIA ROSA VIEIRA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), DANIELA MITSUE SUZUKI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISADORA D'ABRUZZO SILVA SARNI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RAFAELLA LEMOS ALVES RIBEIRO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISABELA ROCES RIOS (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RENATA RODRIGUES BIZARRI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARCIALI GONÇALVES FONSECA DA SILVA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARIA CARMEN LUNARDI DE CARVALHO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO) SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP

A manutenção da normotermia nos prematuros é um dos fatores com maior implicação na sobrevivência global e manutenção da estabilidade clínica dessa população. O recém-nascido pré-termo apresenta um desequilíbrio entre os mecanismos de produção e eliminação de calor devido fatores intrínsecos. Apresentar as taxas de normotermia na

admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital escola terciário em recém-nascidos prematuros. Análise retrospectiva do prontuário de todos os recém-nascidos com idade gestacional entre 22 e 31 6/7 semanas, nascidos em hospital escola terciário e admitidos em UTI neonatal, no período de janeiro a dezembro de 2023. A idade gestacional foi determinada através da ultrassonografia de primeiro trimestre ou data da última menstruação. Foi realizado análise de temperatura com termômetro axilar no interior de incubadora aquecida de transporte, à admissão em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Consideramos normotermia entre 36,5 e 37,5°C. Foram analisados 77 prontuários. Dentre os pacientes avaliados 71,4% (55 pacientes) apresentavam normotermia à admissão e 28,6% (22 pacientes) apresentavam temperatura fora da faixa adequada. Dos pacientes admitidos, 15,6% (12 pacientes) apresentavam hipotermia leve (36 a 36,4°C), 13% (10 pacientes) apresentavam hipotermia moderada (32 a 35,9°C) e não foram admitidos pacientes com hipotermia grave (<32°C). A busca pela normotermia em sala de parto e na admissão em Unidades Neonatais é de suma importância para esse público, uma vez que a queda de 1°C na temperatura do recém-nascido prematuro aumenta em 28% a taxa de mortalidade neonatal. Existem diversas medidas para garantir o controle térmico adequado em prematuros, englobando ações prévias ao nascimento (temperatura materna, temperatura de sala de parto), durante as manobras de reanimação neonatal (berço aquecido, saco plástico, colchão térmico) e finalmente durante a transferência entre setores. A aplicabilidade dessas medidas constitui um desafio para todos. A Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais possuía, para essa mesma população entre 2011- 2019, uma taxa de 37% de hipotermia, enquanto em nosso serviço atingimos 28,6%, o que nos faz concluir que atingir a normotermia em recém-nascidos pré-termos é um grande desafio, porém, possível de ser alcançado e deve ser prioridade de toda equipe envolvida no cuidado neonatal.

Comentadores: LEILA DENISE CESARIO PEREIRA e MARINA VANZELA LÂNIA

PC-26 - SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO: UMA ANÁLISE DA SUA RELAÇÃO COM A INEFICIÊNCIA DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL

JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT) ARACAJU/SE

A Síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) é causada pela aspiração de mecônio para os pulmões, aumentando o risco de nascimentos não vigorosos. Ademais, o manejo desses pacientes de forma rápida, é essencial nas implicações futuras. Analisar a aplicação da aspiração endotraqueal (AET) na SAM. Esse trabalho trata-se de uma revisão de literatura, de sete publicações indexadas no site Pubmed utilizando-se os descritores “Resuscitation” e “Newborn” e “Meconium Aspiration Syndrome” - com o operador booleano “AND”. Para inclusão, priorizou-se os trabalhos publicados nos

últimos cinco anos, textos completos e gratuitos e sem restrição de idioma, enquanto que os fatores de exclusão se estenderam aos trabalhos não relacionados ao objetivo. A SAM é caracterizada principalmente pela aspiração de mecônio, presente no líquido amniótico manchado, para pulmões, o que pode desencadear pneumonite química e aumentar o risco de mortalidade neonatal. Além disso, a aspiração pode causar obstrução das vias aéreas do recém-nascido (RN) e desconforto respiratório necessitando de oxigênio, levando a diretrizes antigas do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) a sugerirem a AET nesses pacientes. Porém, desde 2015, a orientação do PRN, não sugere a AET rotineira em RN não vigorosos e com aspiração de mecônio. Essa diretriz pode ser explicada, pois o tempo para realizar a AET atrasaria o “Minuto de Ouro” e a inserção da ventilação por pressão positiva. Percebeu-se que o índice de Apgar no primeiro minuto foi 8804, 3 em 74% dos RN antes dessa diretriz, onde a AET era feita de rotina, e após 2015, diminuiu para 43%, onde a AET não é feita rotineiramente, demonstrando assim a importância dos 60 segundos iniciais na vida do RN. Em neonatos que nascem com desconforto respiratório, é fulcral a importância do manejo desses neonatos no “Minuto de Ouro”, caso contrário, podem haver sequelas. A AET em neonatos com SAM não vigorosos mostra-se pouco relevante, visto que a prioridade é ventilar o RN no primeiro minuto após o parto. Destaca-se, portanto, a importância da diretriz de 2015 do PRN para as implicações pós-parto e a longo prazo desse neonato.

Comentadores: **LEILA DENISE CESARIO PEREIRA e MARINA VANZELA LÂNIA**

PC-27 - ÓBITOS POR ASFIXIA NEONATAL NO ESTADO DE SERGIPE: PANORAMA DOS ÚLTIMOS 12 ANOS

AMANDA RAFAELLA SILVA SANTANA (UFS), MARIANA CASTRO MESQUITA DOS SANTOS (UFS), ELLEN NATIELLY FONSECA DE JESUS (UFS), EMILY BISPO COSTA (UFS), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), CARLA VIRGINIA VIEIRA ROLLEMBERG (UFS) ARACAJU/SE

A asfixia perinatal, condição na qual ocorre hipoperfusão tecidual pela falta de oxigenação, representa, no Brasil, 40% de todos os óbitos neonatais precoces sem condições pré-existentes. O estudo tem por objetivo compreender os aspectos epidemiológicos dos óbitos por asfixia perinatal em neonatos no estado de Sergipe. Trata-se, portanto, de um estudo ecológico, quantitativo e descritivo realizado com dados secundários do Sistema de Informações de Mortalidade, fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na seção de óbitos infantis. Filtrou-se os óbitos por ocorrência relacionados à asfixia ao nascer, na faixa etária de 0 a 27 dias, entre os anos de 2010 e 2022, no estado de Sergipe. Foi verificada,

nesse período, a ocorrência de 376 casos de óbitos por asfixia perinatal e as regiões de saúde de maior prevalência foram, respectivamente, Aracaju (86,96%), Itabaiana (4,25%), Nossa Senhora da Glória (3,19%), Estância (2,65%) e Lagarto (1,86%). Comparando-se os anos de 2010 (36 casos) e o ano de 2022 (20 casos), foi observada uma redução de 44,4%. Referente ao perfil materno e gestacional, foi verificada uma maior prevalência em mulheres com idade entre 20 a 29 anos (43,7%). Acerca da escolaridade materna, apenas 8,77% possuíam ensino médio completo. Já em relação às vias de parto, 67,2% eram vaginais e apenas 32,8% foram cesáreos. Do total de óbitos estudados, 46,27% ocorreram em casos com duração gestacional inferior à 37 semanas. Quanto ao perfil neonatal, observou-se que 59% eram do sexo masculino e 41% do sexo feminino, dos quais, ao nascer, 46,80% possuíam o peso menor que 2500g. Além disso, no que se refere a cor, 72,06% dos neonatos eram pretos e pardos. Ademais, 7,71% dos óbitos não foram investigados. A baixa escolaridade pode ser associada à inadequação da assistência pré-natal, aumentando os riscos de partos prematuros, baixo peso ao nascer e asfixia perinatal. Entretanto, a redução gradual no número de óbitos no período demonstra uma possível melhora na qualidade dos serviços de assistência pré-natal e na sala de parto. Revela-se ainda a necessidade de uma maior investigação em todos os casos a fim de evitar subnotificações e identificar fatores de risco.

Comentadores: **LEILA DENISE CESARIO PEREIRA e MARINA VANZELA LÂNIA**

PC-28 - REANIMAÇÃO AVANÇADA EM SALA DE PARTO EM PRETERMOS DE MUITO BAIXO PESO AO NASCER COMO FATOR DE RISCO PARA HEMORRAGIA INTRACRANIANA GRAVE EM UTI NEONATAL

CLARISSA GUTIERREZ CARVALHO (UFRGS - HCPA), RITA DE CASSIA SILVEIRA (UFRGS - HCPA), ANGELA CRISTINA VIAU (HCPA), RAFAELA MALLMANN SAALFELD (PUCRS - HCPA), RENATO SOILBELMANN PROCIANOY (UFRGS - HCPA) PORTO ALEGRE/RS

A qualidade da reanimação em sala de parto do prematuro impacta nos desfechos em UTI neonatal, especialmente quando envolve a intubação e ventilação na sala de parto. Comparar o padrão de reanimação em sala de parto quanto a ocorrência de Hemorragia perintraventricular nas primeiras 72 horas de vida de pretermos de muito baixo peso ao nascer (PTMBPN). Coorte RNs PTMBPN sem óbito em sala de parto nascidos no período de janeiro de 2021 a janeiro de 2024. Guidelines do PRN da SBP/ILCOR foram seguidos para todos os neonatos incluídos. Foram distribuídos em três grupos, conforme a necessidade da reanimação: VPP com

intubação, VPP sem intubação e sem necessidade de VPP. Hemorragia grave foi considerada se grau III e IV. Análises uni e multivariadas foram realizadas usando o software SPSS 18. Dentre os 202 PTMBPN, 87 necessitaram intubação em sala de parto, 25 apenas ventilados e 29 sem ventilação. Intubados apresentaram menor idade gestacional (27s2d ± 2,5s vs 29s3d ± 2s vs 30s4d ± 2, p=0,001), e menor peso de nascimento (893g± 278g vs 1076g±223g vs 1219g± Maravilha231g, p=0,001) e maior mortalidade (30% vs 2% vs 3%, p=0,001) em relação aos demais. O uso de drogas vasoativas nas primeiras 72h de vida (41,5% vs 13,5% vs 5%, p=0,001) se associou com maior prevalência de Hemorragia Periventricular (34% vs 2% vs 8%, p=0,001). O uso de drogas vasoativas nas primeiras 72 horas aumentou o risco de HPIV em 67% independentemente do tipo de reanimação na sala de parto, da idade gestacional e do peso ao nascer. Já a via de parto cirúrgica e o sulfato de magnésio antenatais foram protetores. Intubação adequada na sala de parto seguindo guidelines não aumentou o risco para hemorragia grave na de forma independente. Parto cesárea quando bem indicado e o uso antenatal de sulfato de magnésio são protetores nessa população de PTMBPN, ao contrário do uso precoce de vasoativos, quando a autorregulação da circulação cerebral é imatura, que aumenta o risco de forma significativa para HPIV.

Comentadores: JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS e BETTINA B DUQUE FIGUEIRA

PC-29 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA MORTALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS OCACIONADA PELA HIPÓXIA INTRAUTERINA E ASFIXIA PERINATAL NO BRASIL, (2014 A 2024)

DAVID COHEN (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), FERNANDA CAVINATTO PINTO (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ) CANOAS/RS

A asfixia perinatal persiste como um sério desafio na saúde pública brasileira, mantendo uma prevalência preocupante em todo o país, demandando, assim, uma análise aprofundada. Ela é definida como a falta de oxigenação adequada ou a ausência de fluxo sanguíneo do recém-nascido durante o parto, além de ser caracterizada, também, como hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer. Analisar a mortalidade de recém-nascidos por hipóxia intrauterina e asfixia perinatal no Brasil entre os anos de 2014 a 2024. Estudo ecológico, transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado em março de 2024, com dados coletados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Utilizou-se as variáveis: internações, valor total, óbitos e taxa de mortalidade. Para tanto, as internações por hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer abrangeram recém-nascidos entre janeiro de 2014 a janeiro de 2024. Assim, os dados

coletados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel, sendo analisados por estatística descritiva. Foram analisadas as taxas de mortalidade, óbitos, internações e o valor total respectivo em cada região do Brasil. Na região Norte, registrou-se uma taxa de 12,39% (620 óbitos e 5.005 internações), totalizando um valor de R\$ 16.942.284,76. No Nordeste, a taxa foi de 13,14% (2.894 óbitos e 22.030 internações), com um montante de R\$ 99.780.771,60. Na região Sudeste, observou-se uma taxa de 12,55% (3.138 óbitos e 24.998 internações), somando R\$ 145.724.834,99. No Sul, a taxa foi de 12,79% (861 óbitos e 6.732 internações), com um total de R\$ 44.086.815,71. Já na região Centro-Oeste, a taxa atingiu 16,28% (933 óbitos e 5.732 internações), totalizando R\$ 31.854.324,10. Ainda, destaca-se que, embora a região Sul tenha registrado um número maior de internações em comparação com a região Centro-Oeste, a quantidade de óbitos é significativamente menor. É evidente a disparidade nos valores repassados para esses estados, com a região Sul recebendo aproximadamente 50% a mais do que a região Centro-Oeste. Dessa forma, sugere-se que a distribuição de recursos na saúde pública brasileira é desigual, e que, somado à formação inadequada dos profissionais de saúde e à precariedade dos serviços hospitalares, isso afeta principalmente a região Centro-Oeste. As informações apresentadas entre 2014 a 2024 destacam a disparidade nos recursos destinados à região Centro-Oeste em comparação com a região Sul. Portanto, políticas que promovam uma adequada atenção à saúde dos recém-nascidos são requeridas, visando reduzir a mortalidade decorrente da asfixia perinatal, além da realização de estudos que analisem as fragilidades na distribuição de recursos na saúde pública.

Comentadores: JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS e BETTINA B DUQUE FIGUEIRA

PC-30 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO DO PREMATURO DE RESIDENTES EM NEONATOLOGIA NO BRASIL – 2013 A 2023

LEILA D C PEREIRA (PRN-SBP), TATIANA R MACIEL (PRN-SBP), MARIA FERNANDA B ALMEIDA (PRN-SBP), RUTH GUINSBURG (PRN-SBP), LILIAN SR SADECK (PRN-SBP), GISLAYNE CS NIETO (PRN-SBP), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS (PRN-SBP) FLORIANÓPOLIS /SC

Treinar 100% dos residentes em Neonatologia em reanimação do prematuro é meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). Avaliar a taxa anual de treinamento em reanimação do prematuro dos residentes em Neonatologia brasileiros de 2013 a 2023. Estudo transversal incluindo residências em Neonatologia credenciadas pelo MEC de 2013 a 2023. Coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram número de residentes matriculados no segundo ano das residências e quantos fizeram o

curso de reanimação do prematuro do PRN-SBP durante a residência. Realizou-se análise descritiva. O número de residências aumentou de 102 (2013) para 148 (2023). Excluiu-se residências sem residentes matriculados e as com informações ausentes/incompletas. O número de residências e de residentes matriculados foi: 76 e 184 (2013), 97 e 195 (2014), 94 e 254 (2015), 82 e 212 (2016), 98 e 233 (2017), 106 e 249 (2018), 108 e 268 (2019), 119 e 304 (2020), 99 e 238 (2021), 104 e 182 (2022), 90 e 206 (2023). A taxa anual de residentes treinados foi: 11% (2013), 66% (2014), 61% (2015), 69% (2016), 77% (2017), 84% (2018), 87% (2019), 72% (2020), 79% (2021), 69% (2022), 77% (2023), totalizando 1.764 treinados em 11 anos. A taxa anual de treinados, de 2013 a 2023, por região, foi: Norte 50%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 93%, 100%, 88%, 71%, 67%, Nordeste 12%, 63%, 86%, 67%, 93%, 94%, 93%, 91%, 88%, 77%, 86%, Sudeste 13%, 76%, 59%, 72%, 67%, 82%, 88%, 61%, 76%, 69%, 76%, Sul 0%, 5%, 33%, 66%, 89%, 69%, 63%, 78%, 69%, 55%, 78%, Centro-Oeste 0%, 25%, 68%, 69%, 71%, 90%, 95%, 100%, 100%, 67%, 89%. A taxa de residentes em Neonatologia treinados em reanimação do prematuro aumentou de 11% (2013) para 77% (2023), exigindo esforços para atingir a meta do PRN-SBP nos próximos anos.

Comentadores: JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS e BETTINA B DUQUE FIGUEIRA

PC-31 - TREINAMENTO EM TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO DE RESIDENTES EM NEONATOLOGIA NO BRASIL – 2013 A 2023

LEILA D C PEREIRA (PRN-SBP), TATIANA R MACIEL (PRN-SBP), MARIA FERNANDA B ALMEIDA (PRN-SBP), RUTH GUINSBURG (PRN-SBP), SÉRGIO T M MARBA (PRN-SBP), JAMIL PS CALDAS (PRN-SBP), PAULO JH NADER (PRN-SBP), MÁRCIA GP MACHADO (PRN-SBP), JOSÉ ROBERTO M RAMOS (PRN-SBP), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS (PRN-SBP) FLORIANÓPOLIS /SC

Treinar 100% dos residentes em Neonatologia em transporte do recém-nascido de alto risco é meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). Avaliar a taxa anual de treinamento em transporte neonatal dos residentes em Neonatologia brasileiros de 2013 a 2023. Estudo transversal incluindo residências em Neonatologia credenciadas pelo MEC de 2013 a 2023. Coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram número de residentes matriculados no segundo ano das residências e quantos fizeram o curso de

transporte do recém-nascido de alto risco do PRN-SBP durante a residência. Realizou-se análise descritiva. O número de residências aumentou de 102 (2013) para 148 (2023). Excluiu-se residências sem residentes matriculados e as com informações ausentes/incompletas. O número de residências e de residentes matriculados foi: 76 e 184 (2013), 97 e 195 (2014), 94 e 254 (2015), 82 e 212 (2016), 98 e 233 (2017), 106 e 249 (2018), 108 e 268 (2019), 119 e 304 (2020), 99 e 238 (2021), 104 e 182 (2022), 90 e 206 (2023). A taxa anual de treinados foi: 14% (2013), 47% (2014), 58% (2015), 58% (2016), 54% (2017), 60% (2018), 63% (2019), 49% (2020), 51% (2021), 43% (2022) e 54% (2023), totalizando 1.293 treinados em 11 anos. A taxa anual de treinados, de 2013 a 2023, por região, foi: Norte 0%, 100%, 80%, 100%, 100%, 88%, 80%, 62%, 63%, 57%, 67%, Nordeste 18%, 34%, 68%, 63%, 76%, 82%, 88%, 83%, 90%, 77%, 78%, Sudeste 13%, 52%, 62%, 53%, 46%, 49%, 56%, 43%, 45%, 36%, 56%, Sul 14%, 11%, 19%, 43%, 42%, 33%, 34%, 29%, 28%, 27%, 54%, Centro-Oeste 22%, 100%, 74%, 85%, 71%, 95%, 79%, 63%, 44%, 47%, 47%. A taxa de residentes em Neonatologia treinados em transporte neonatal aumentou de 14% (2013) para 54% (2023), exigindo esforços para atingir a meta do PRN-SBP nos próximos anos.

Comentadores: JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS e BETTINA B DUQUE FIGUEIRA

PC-32 - PROCEDIMENTOS DE ESTABILIZAÇÃO E REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE ESCOLA DE RISCO HABITUAL

JOVANNA COUTO CASER ANECHINI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), ADRIANA AMARAL DIAS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), JACKELINE FARIA MEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), RAYANA COSTA BINDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE) VITÓRIA /ES

A mortalidade neonatal é o maior componente da mortalidade infantil no Brasil. Cerca de 20% desses óbitos ocorrem por asfixia perinatal. Procedimentos para estabilização e reanimação em sala de parto são fundamentais para redução de morbimortalidade. Conhecer os procedimentos de reanimação neonatal praticados em sala de parto, a fim de fazer um diagnóstico situacional e traçar novas

estratégias, se necessário, para adequação do serviço. Dados preliminares de estudo descritivo, transversal, dos procedimentos de estabilização e reanimação em sala de parto de todos os nascidos vivos no período novembro 2023 a março de 2024, obtidos através da revisão de ficha da reanimação neonatal, em maternidade de risco habitual. As recomendações do Programa de Reanimação Neonatal da SBP são utilizadas rotineiramente pelo serviço. Avaliados 981 nascimentos, 49,1% parto cesariana, 50,9% parto vaginal. Foi utilizado touca em 951 (99,9%) dos recém-nascidos (RN), saco plástico em 224 (23,5%), aspiração de vias aéreas em 60 (6,3%) saturímetro em 72 (7,6%), CPAP em 68 (7,1%), VPP com balão autoinflável em 26 (2,7%), VPP com peça T em 30 (3,2%), EOT 3 (0,3%). Em nenhum dos pacientes foi realizado eletrocardiograma, máscara laríngea, massagem cardíaca ou adrenalina. As recomendações para controle de temperatura são praticadas rotineiramente em praticamente todos os RN, sendo que o saco plástico é usado também em RN a termo. Dos 49 pacientes que receberam VPP com balão autoinflável e/ou peça em T, 37 (75%) foram monitorizados com saturímetro e nenhum com ECG, o que evidencia os desafios na implementação da monitorização do RN na sala de parto.

Comentadores: ANA TOMIÉ NAKAYAMA KURAUCHI e CELESTE G SARDINHA OSHIRO

PC-33 - AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA DOS RN EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE ESCOLA DE RISCO HABITUAL

ANDREA LUBE ANTUNES S. T. PEREIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), ADRIANA AMARAL DIAS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), PRISCILA CASTRO SOARES BARRETO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), CONSUELO MARIA CAIAFA FREIRE JUNQUEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), JOVANNA COUTO CASER ANECHINI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE) VITÓRIA /ES

A hipotermia é reconhecida como uma variável independente para mortalidade de recém-nascidos. A manutenção da temperatura ideal para uma estabilização pós-natal adequada, continua sendo um desafio nas maternidades brasileiras. Conhecer os valores de temperatura do ambiente da sala de parto e a temperatura axilar dos RN após o

nascimento, a fim de fazer um diagnóstico situacional e traçar novas estratégias, se necessário, para adequação do serviço. Dados preliminares de estudo descritivo, transversal, da temperatura de sala de parto e axilar do RN, de todos os nascidos vivos no período novembro 2023 a março de 2024, obtidos através da revisão de ficha da reanimação neonatal, em maternidade de risco habitual. Foi utilizado as recomendações da OMS para classificação de hipotermia. As recomendações do Programa de Reanimação Neonatal da SBP são utilizadas rotineiramente pelo serviço. Avaliados 981 nascimentos, 49,1% parto cesariana, 50,9% parto vaginal. 404 (41%) RN apresentaram hipotermia leve (36-36,4), 212 (21%) hipotermia moderada (32-35,9°C) e nenhum hipotermia grave (<32). Apesar das recomendações de controle térmico no nascimento, nos deparamos com uma incidência preocupante de hipotermia. Os desafios são muitos, apesar de educação contínua da equipe assistencial, identificação dos fatores que levam a não adesão aos protocolos assistências e treinamento da equipe assistencial, infelizmente ainda temos um percentual grande de RN fora da temperatura recomendada.

Comentadores: ANA TOMIÉ NAKAYAMA KURAUCHI e CELESTE G SARDINHA OSHIRO

PC-34 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DE RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL – 2008 A 2023

LEILA D C PEREIRA (PRN-SBP), TATIANA R MACIEL (PRN-SBP), MARIA FERNANDA B ALMEIDA (PRN-SBP), RUTH GUINSBURG (PRN-SBP), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS (PRN-SBP) FLORIANÓPOLIS /SC

É meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) treinar em reanimação neonatal 100% dos residentes em Pediatria. Avaliar a taxa anual de treinamento em reanimação neonatal de residentes em Pediatria brasileiros de 2008 a 2023. Estudo transversal que incluiu as residências em Pediatria credenciadas pelo MEC de 2008 a 2023. Os 54 coordenadores estaduais e

adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada residência, o número de R3 matriculados e quantos fizeram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP durante a residência. Foi realizada análise descritiva. O número de residências em Pediatria aumentou de 160 (2008) para 326 (2023). Foram excluídas as que não possuíam residentes matriculados e aquelas com informações ausentes ou incompletas, resultando em 125 residências incluídas em 2008, e chegando a 297 em 2023. O número de R3 matriculados aumentou de 729 (2008) para 1520 (2023). No período de 16 anos foram treinados 18.786 residentes. As taxas anuais de treinamento foram: 77%, 86%, 82%, 88%, 91%, 95%, 94%, 95%, 94%, 92%, 94%, 97%, 87%, 94%, 87% e 88%. A taxa de treinados, por região, nos anos 2008 e 2023 foi: Norte 96% e 97%, Nordeste 71% e 80%, Sudeste 71% e 90%, Sul 84% e 88%, Centro-Oeste 79% e 90%. A taxa brasileira de residentes em Pediatria treinados em reanimação neonatal aumentou de 77% (2008) para 88% (2023), exigindo esforços para atingir a meta do PRN-SBP nos próximos anos.

Comentadores: ANA TOMIÉ NAKAYAMA KURAUCHI e CELESTE G SARDINHA OSHIRO

PC-35 - UM CASO DE SUCESSO SOBRE INSTALAÇÃO DE UM DISPOSITIVO DE PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS NO PREMATURO VISANDO REDUÇÃO NA DISPLASIA BRONCOPULMONAR

ALINE FREITAS MATEUS (UFTM), PÁVILA VIRGÍNIA DE OLIVEIRA NABUCO (UFTM), FABIANA JORGE BUENO GALDINO BARSAM (UFTM), RAFAELLA LUIZA PERALTA E SILVA (UFTM), ANE GRAZIELA FERREIRA ANDRADE (UFTM) UBERABA/MG

A síndrome do desconforto respiratório (SDR) é causada por imaturidade pulmonar e deficiência de surfactante, resultando em insuficiência respiratória logo após o nascimento. Para bebês prematuros com respiração espontânea, a instalação de um dispositivo de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), em vez da intubação já na sala de parto, pode reduzir lesão pulmonar e displasia broncopulmonar (DBP) e suas consequências. Dispositivos como ventilador manual com peça em T permitem controle cuidadoso dos picos de pressão inspiratória e pressão positiva expiratória final (PEEP) são considerados melhores do que bolsas autoinfláveis. Apresentar um caso de sucesso sobre uso dispositivo de pressão positiva contínua nas vias aéreas ainda na sala de parto visando redução de sequelas pela prematuridade. Aqui é apresentado o caso de um prematuro nascido com 30 semanas de idade gestacional e 725g. Nasceu de parto cesárea por indicação de crise convulsiva tônico clônica materna. Nasceu hipotônico e sem choro, clampeado cordão imediatamente. No berço aquecido recebeu um

ciclo de ventilação com pressão positiva via ventilador manual em T, quando passou a apresentar respiração e saturação adequadas. Foi mantida acoplado ao ventilador manual em T e transferido para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, onde evoluiu com desconforto respiratório e foi colocada em CPAP. Permaneceu neste suporte ventilatório até 34 semanas de idade corrigida, quando foi transicionado para cateter nasal de oxigênio, o qual foi mantido durante 18 dias e após este período permaneceu em ar ambiente. Neste período de internação não necessitou surfactante exógeno nem ventilação mecânica, muito menos desenvolveu DBP. O uso de CPAP associado aos avanços nos cuidados respiratórios mostra-se boa alternativa para minimizar lesão pulmonar e diminuir a incidência de DBP. Sua utilização iniciada em sala de parto pode ser uma alternativa à intubação traqueal em bebês com risco de SDR. O ventilador mecânico manual em T tem sido empregado de maneira crescente na reanimação neonatal, em especial em prematuros. Além de seu manuseio ser relativamente fácil, o equipamento permite administrar pressão inspiratória e PEEP constantes, ajustáveis de acordo com a resposta clínica do paciente. Os dispositivos que fornecem pressão positiva contínua melhoram o volume pulmonar, principalmente a capacidade residual funcional. O aumento da pressão positiva de distensão nas vias aéreas melhora a oxigenação, diminui a apneia e reduz o trabalho respiratório. A DBP é considerada uma das principais causas de doença pulmonar crônica em lactentes e associa-se a hospitalizações frequentes e prolongadas, especialmente por doenças pulmonares, altos índices de mortalidade e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e no crescimento pômbero-estatural. Tamanho impacto justifica o grande investimento nas pesquisas para identificar suas causas e buscar alternativas para prevenção e tratamento.

Comentadores: ANA TOMIÉ NAKAYAMA KURAUCHI e CELESTE G SARDINHA OSHIRO

PC-36 - DINÂMICA DA FREQUÊNCIA DE REANIMAÇÃO NEONATAL AVANÇADA EM PREMATUROS EM UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DO MARANHÃO.

IZABELA RODRIGUES SANTOS MOTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS), DARIO SILVA DA SILVA JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS), GABRIELA LARA NASCIMENTO OLIVEIRA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE IMPERATRIZ), WYDEGLÂNNA DE AGUIAR COSTA (MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE IMPERATRIZ), ADA KEREN QUEIROZ DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS) ARAGUAÍNA /TO

As manobras de reanimação neonatal restabelecem a respiração e/ou circulação do neonato. Quando realizadas de maneira adequada e iniciadas em tempo hábil reduzem as chances de anóxia neonatal. Quantificar as taxas de reanimação avançada em os recém-nascidos pré-termos (RNPT) em uma maternidade de alto risco no Maranhão e compará-las com os demais estados participantes da estratégia Qualineo. Estudo observacional, retrospectivo e quantitativo com base nos dados do Qualineo, entre 2021 e 2023. Foram avaliados idade gestacional e os índices de

reanimação avançada com análise descritiva dos dados. Foram incluídos RNPT entre 24 a 36 semanas e 6 dias e excluídos os com peso inferior a 500g e os óbitos em sala de parto. A porcentagem de intubação orotraqueal em RNPT extremos (24 a 27 semanas e 6 dias) foi 76%, taxa semelhante às demais regiões. Neste mesmo grupo, a taxa de massagem cardíaca foi de 7,9% e uso de drogas de 6,35%, inferior ao restante, que correspondeu a 13,26% e 11,0%, respectivamente. Entre 32 e 34 semanas, a intubação foi 29,7%, nos RNPT entre 28 a 32 semanas foi de 37%. As frequências para estes grupos foram, respectivamente, 27,5% e 50,2% para os demais participantes do programa. As porcentagens de massagem cardíaca e uso de drogas para este grupo foram de 8,0% e 4,9%, comparadas com 7,7% e 6,1% do geral. Nos RNPT tardios, a porcentagem de intubação orotraqueal foi 29,7%, menor que a taxa geral de 27,5%. Em relação à massagem cardíaca, a taxa foi de 3,96% e uso de drogas de 0,99%, menores que as porcentagens gerais, de 5,34% e 3,95%. O grupo com maior necessidade de intubação orotraqueal e uso de drogas foi RNPT extremos semelhantes ao controle. A massagem cardíaca foi mais predominante naqueles entre 28 a 31 semanas e 6 dias, sendo superior ao controle dos outros participantes. Os dados pesquisados fornecem subsídios para implementação de melhorias locais, buscando estatísticas semelhantes ao ideal, com menor frequência de reanimação avançada.

Comentadores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI e CLAUDIA TANURI

PC-37 - IMPORTÂNCIA DA NORMOTERMIA NEONATAL NA ADMISSÃO DA UTIN

GABRIELA LARA NASCIMENTO OLIVEIRA (MARI), WYDEGLANNYA DE AGUIAR COSTA (MARI), TÂNIA MARA BEZERRA NASCIMENTO AYRES (MARI), SAMUEL HENRIQUE CORRADI GOMES (MARI), CAROLINE CAMACHO OLIVEIRA COSTA (MARI), RAISSA DE FÁTIMA SILVA REIS DE OLIVEIRA (FSCPA), LEYLLA KLYFFYA LOPES LEÃO (MARI), IZABELA RODRIGUES SANTOS MOTA (MARI), MAYARA BEZERRA CORREA DO NASCIMENTO (MARI), THALITA DOS SANTOS DUARTE FREITAS (MARI) IMPERATRIZ /MA

A normotermia no recém nascido, temperatura entre 36,5°C e 37,5°C é indicador da qualidade da assistência na sala de parto e na admissão na unidade de terapia neonatal (UTIN). Comparar as taxas da temperatura do recém-nascido (RN) medidas na 1ª hora de admissão na UTIN de uma maternidade de alto risco com as demais unidades do país incluídas na estratégia Qualineo. Trata-se de um estudo observacional e quantitativo, utilizando o relatório de variáveis obrigatórias da Qualineo, no período de janeiro até dezembro de 2023, usando tópico de verificação da temperatura do RN na 1ª hora de admissão na UTIN ou Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal Convencional (UCINCO). Abrangendo RNs com idade gestacional menores de 24 semanas até maiores ou iguais a 37 semanas. A taxa de RNs com temperatura abaixo de 36°C, nos menores de 24 semanas foi de 33,3% e nas demais 70,4%, entre 24 a menores de 28 semanas, foi 4,3% e nas outras 55,3%. RNs com 28 semanas e menores que 32 foi de 10,58% e nas demais 36,94%. RNs com idade entre 32 e menores de 34 semanas foi 9,5% e nas outras 26,4%, nos RNs com 34 semanas até menores de 37 semanas foi 8,1% e no restante das unidades 22,6%. Nos maiores de 37 semanas foi 12,4% enquanto no restante 15,4%. A hipotermia neonatal, temperatura abaixo de 36,5°C é fator preditor de morbimortalidade em qualquer idade gestacional, por favorecer distúrbios metabólicos, como a hipoglicemia neonatal e acidose, desconforto respiratório, enterocolite necrotizante e hemorragia periventricular. A temperatura de admissão é inversamente proporcional à taxa de mortalidade e sepse neonatal tardia, queda em 1 grau na temperatura do RN está associada ao aumento em 28% nas taxas de óbito e 11% na sepse tardia. Os dados demonstram números menores de admissões com hipotermia em relação as outras unidades. Reforçando a importância da monitorização da temperatura do RN na 1ª hora de vida como uma boa prática assistencial e na realização de estratégias para prevenção da hipotermia para melhores resultados com o cuidado ao RN.

Comentadores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI e CLAUDIA TANURI

PC-38 - DISTERMIAS EM RNMBP NA ADMISSÃO DE UMA UTINEO E SEUS DESFECHOS

FLÁVIA MAESTRI NOBRE ALBINI (HMMKB), ROQUE ANTONIO FORESTI (HMMKB), SERGIO ALBERTO DE QUADROS (HMMKB), EDSON ARTHUR ROSSINI (HMMKB), SANDRA MARA WITKOWSKI (HMMKB), MARIANE DE MELLO ROSSINI (HMMKB), RENATA FRANCO MENEGHETTI (HMMKB), DANIELA CRISTINA RÁTICO DE QUADROS (HMMKB), GABRIELA PEREIRA DE ALMEIDA ROSSETTI (HMMKB), MARIA FERNANDA MANDARINO (HMMKB), CARLOS AUGUSTO LOPES (HMMKB), MARCOS ANTONIO POLETTI (HMMKB) ITAJAI/SC

A hipotermia (menos de 36,5 °C) na admissão do RN em UTINEO tem se mostrado com um fator de aumento da morbimortalidade neonatal. Também a hipertermia pode determinar desfechos desfavoráveis especialmente no

RNs de muito baixo peso ao nascer (<1.500g). Medir a temperatura na admissão de todos os RNMBP em uma UTINEO do litoral de Santa Catarina e estabelecer relação com a mortalidade neonatal. Análise retrospectiva e descritiva de todos os RNMBP que nasceram no período de janeiro de 2019 até dezembro de 2022 quanto sua temperatura por ocasião de sua admissão na UTINEO e seu desfecho – morte ou alta. No período de janeiro de 2019 até dezembro de 2022 nasceram em nossa instituição 15.873 RN, e destes, 240 (1,51%) da amostra eram RNMBP. No momento da admissão na UTINEO a hipotermia esteve presente em 101 RN (42%) sendo que 43 RN (42,5%) morreram. A hipertermia foi documentada em 19 RN (7,9%) e nesta amostra, a morte foi de 10 RNs (52,6%). A mortalidade foi estatisticamente significativa nos dois grupos de distermias. A mortalidade global foi de 35,4%. Tanto a hipotermia quanto a hipertermia se mostraram desfavoráveis para os RNMBP e podem ter contribuído para o aumento da mortalidade neonatal. A mortalidade global foi de 35,4% na população estudada. Estratégias para prevenir as distermias no período neonatal devem ser estimuladas.

Comentadores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI e CLAUDIA TANURI

PC-39 - MODELO DE GESTÃO DOS LOCAIS DE NASCIMENTO E SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE EM REANIMAÇÃO NEONATAL DE REGIÕES PRIORITÁRIAS DA BAHIA

RENATO LIMA (PRN/SBP), SÉRGIO MARBA (UNICAMP), MARIA MENDES (FIOCRUZ/IFF), CYNTHIA MAGLUTA (FIOCRUZ/IFF), LILIA EMBIRUÇU (SESAB), IANDIRA CASTRO (SESAB), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (UNIFESP), RUTH GUINSBURG (UNIFESP), LUCAS SANTOS (SESAB) SÃO PAULO/SP

A reanimação neonatal (ReNeo) é uma estratégia essencial para a redução da morbimortalidade infantil. Sensibilização de gestores e profissionais da saúde responsáveis pela assistência de recém-nascidos (RN) de maternidades públicas do Estado da Bahia com ênfase em ReNeo, estabilização pós-reanimação e transporte de alto risco (TAR). Oferta educacional, em parceria com o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), aplicada sob o formato “online” durante cinco encontros, com periodicidade semanal, a equipes multiprofissionais que assistem RN. O conteúdo programático, com carga horária de três horas por período, compreendeu: palestra de sensibilização abordando os assuntos mencionados, avaliação técnica por vídeo dos locais de nascimento, considerando os itens listados na

Portaria 371 do Ministério da Saúde, e três aulas sequenciais abordando a ReNeo e TAR por meio de simulações realísticas utilizando manequins neonatais e todos os materiais que compõem as mesas de treinamentos dos cursos do PRN-SBP. Todas as atividades foram conduzidas por dois médicos neonatologistas instrutores credenciados pelo PRN-SBP. A oferta educacional foi realizada em duas temporadas totalizando 13 hospitais distribuídos nas macrorregiões Sudoeste, Centro-Norte, Norte, Leste e Extremo Sul do Estado da Bahia. Foram registradas a participação de seis hospitais geridos pela esfera municipal e sete pela esfera estadual. Os encontros contaram com uma média de 35 participantes por período, atingindo picos de até 45 participantes em alguns momentos da atividade. Além de médicos pediatras, equipes de enfermagem e gestores locais, houve a participação ativa de duas instrutoras regionais do PRN-SBP que contribuíram com as discussões acerca das simulações realísticas. Ao final dos cinco encontros, os participantes mostraram-se motivados às boas práticas da assistência ao RN e dispostos a contribuir para a melhoria da estruturação dos locais de nascimento de suas instituições. Após a oferta ter sido aprovada pela Secretaria Estadual da Bahia (SESAB), fez-se a solicitação de uma terceira temporada do projeto (em andamento) para hospitais públicos dos municípios de Barreiras, Feira de Santana, Jequié, Ilhéus, Camaçari e Seabra. Ofertas educacionais no formato “online” podem contribuir para o crescimento e desenvolvimento do PRN-SBP e redução da mortalidade neonatal em curto/médio prazo.

Comentadores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI e CLAUDIA TANURI

PC-40 - UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA DE CPAP EM SALA DE PARTO EM UM HOSPITAL ESCOLA NO INTERIOR DE SÃO PAULO

MARIA CRISTINA PASSOS FLEURY (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARINA VANZELA LANIA TELES (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), GABRIELLA ROSSI DOMINGUES FARTO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), NATHÁLIA DE OLIVEIRA KOLLN (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), REGIANE MARIA ROSA VIEIRA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), DANIELA MITSUE SUZUKI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISADORA D'ABRUZZO SILVA SARNI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RAFAELLA LEMOS ALVES RIBEIRO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISABELA ROCES RIOS (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RENATA RODRIGUES BIZARRI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARIA CARMEN LUNARDI DE CARVALHO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARCIALI GONÇALVES FONSECA DA SILVA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO) SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP

A manutenção da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) está sendo cada vez mais utilizada como primeira modalidade ventilatória em recém-nascidos prematuros desde a sala de parto, por se tratar de uma técnica menos invasiva e que poderia minimizar a lesão pulmonar e suas complicações. Determinar as taxas de CPAP e intubação

orotraqueal em sala de parto em um hospital escola no interior do estado de São Paulo. Análise de prontuário dos recém nascidos menores de 32 semanas e maiores de 22 semanas, em hospital terciário no período de janeiro a dezembro de 2023. A idade gestacional foi estabelecida através da data de última menstruação materna ou da ultrassonografia do primeiro trimestre. O aparelho utilizado para fornecer CPAP foi o ventilador manual em T da marca Fanem, acoplado ao berço aquecido Ampla 2085 The Neonatal Total Care. A pressão utilizada foi de 5 cmH₂O, com fluxo variando de 5-10 litros/minuto e fração inspirada de oxigênio de acordo com a saturação por oximetria de pulso em membro superior direito. Foram analisados 77 prontuários. Destes, 63 pacientes (81,8%) foram acoplados ao CPAP no pós parto imediato e 14 pacientes (18,2%) foram intubados em sala de parto. Dos pacientes que foram intubados em sala de parto, 8 neonatos apresentavam idade gestacional <26 semanas (57%), 4 neonatos apresentavam idade gestacional < 29 semanas (28,6%), sendo todos intubados por falha na ventilação com pressão positiva e apenas 2 neonatos apresentaram idade gestacional acima de 29 semanas (14,4%), sendo 1 por malformação (Hérnia Diafragmática). O uso precoce do CPAP tem maiores chances de serem tratados sem intubação, diminuindo o tempo de internação e minimizando as consequências dos transtornos respiratórios e, conseqüentemente contribuindo para o aumento nas taxas de sobrevivência. Mediante os resultados expostos é possível concluir que o CPAP é uma técnica relevante, que apresenta resultados satisfatórios, sendo um método seguro e capaz de suprir as demandas recebidas. No tratamento do recém-nascido, tem abrangido cada vez mais espaço e selecionado como método preferível por contribuir contra o aparecimento de displasia broncopulmonar e por ser um tratamento menos agressivo que a ventilação mecânica.

Comentadores: MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO e PATRICIA FERNANDA C RUIZ

PC-41 - IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NA REANIMAÇÃO NEONATAL

NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT)
ARACAJU/SE

A transição da vida intrauterina para a vida extrauterina é marcada por inúmeras e significativas alterações fisiológicas. A maioria dos recém-nascidos fazem uma transição com êxito, sem necessidade de assistência mais complexa, um pequeno número de recém-nascidos, porém, precisará de apoio adicional, incluindo reanimação na sala de parto. Avaliar a importância do treinamento dos profissionais de saúde

para o sucesso da Reanimação Neonatal. Revisão literária realizada através do levantamento na base de dados Pubmed e Uptodate, com os descritores (DeCS): “Reanimação Neonatal” AND “Treinamento”. Foram incluídos 04 artigos publicados nos últimos 2 anos. A Reanimação Neonatal é um conjunto de ações que visa manter a ventilação e oxigenação dos recém-nascidos que apresentam características de risco. Os estudos demonstraram que profissionais com treinamento adequado são capazes de identificar essas características de risco de forma mais rápida, além de estarem mais adequadamente preparados para seguir a sequência e os tempos orientados no Programa de Reanimação Neonatal de forma eficaz. No que se refere à suplementação de oxigênio, por exemplo, os estudos destacam que o treinamento adequado garante maior habilidade para monitorar esses pacientes e evitar a oferta excessiva de oxigênio, reduzindo, assim, o risco de displasias broncopulmonares. Ademais, os profissionais treinados foram capazes de fazer o uso correto e preciso dos equipamentos e medicações de emergência na sala de parto. O treinamento dos profissionais que atuam recepcionando os recém-nascidos é um dos fatores que mais influenciam o sucesso da reanimação. Assim, é evidente que investir no treinamento desses profissionais é imprescindível para redução da morbi-mortalidade neonatal no período periparto.

Comentadores: MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO e PATRICIA FERNANDA C RUIZ

PC-42 - IMPACTO DO CURSO DE REANIMAÇÃO NA PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NEONATAL.

SUYEN HEIZER VILLELA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), KARLA PONTES (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), JOSÉ ROBERTO RAMOS (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), CARLA NASSER PATROCÍNIO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), ANNA PAULA TERRIGNO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), SILVIA CWAJG (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), FABIANA CAETANO DE LIMA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), MARCELLE ARAÚJO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), PÉRCIDE VERÔNICA CUNHA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), ANA BEATRIZ MACHADO (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), PAOLA TABICAS LIMA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA)
NITERÓI/RJ

A hipotermia neonatal em recém-nascidos (RN) é desafiadora para as unidades neonatais e requer boas práticas para que este controle seja rigoroso. Utilização do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) através dos seus cursos para médicos e profissionais de saúde como uma ferramenta na melhoria do percentual de hipotermia neonatal. Estudo retrospectivo, transversal, no período de outubro de 2021 a dezembro de 2022, em uma Unidade Hospitalar Federal Terciária do Estado do Rio de Janeiro na qual é referência para risco fetal. Neste período, foi implementada uma iniciativa de melhoria da qualidade, sendo utilizado como uma das principais ferramentas de gestão, o Curso de

Reanimação Neonatal (CRN) ministrado para enfermeiros e médicos. A meta era reduzir o percentual de hipotermia moderada (32-35,9° C) nos RN egressos do Centro Obstétrico (CO). Em outubro de 2021, o percentual de hipotermia moderada era de 41% (média entre partos cesáreos e vaginais). Neste mesmo mês, seis médicos foram capacitados como instrutores do PRN. Foram treinados: 100% da enfermagem do CO, 50% dos enfermeiros da neonatologia, 71% do corpo médico e 100% dos residentes médicos da neonatologia. O percentual de hipotermia no quarto trimestre de 2021 foi de 24%, com redução gradativa destes percentuais totalizando uma média anual de 11% em 2022. Estratificando os RN menores de 1500g, a redução foi de 59,5% em 2021 para 27,3% em 2022, com impacto na mortalidade com queda de 26,5% para 11,1% respectivamente (menor valor da série histórica). A regulação térmica é um dos fatores críticos na sobrevivência e estabilidade do RN, sendo considerada um indicador da qualidade do atendimento na sala de parto. O CRN foi escolhido pela padronização da assistência do RN na sala de parto, viabilizando uma melhor comunicação e engajamento da equipe. Apesar do uso de várias estratégias para obtenção do controle térmico, somente depois da realização do curso, é que ocorreu uma queda mais expressiva nos percentuais de hipotermia neonatal. **CONCLUSÃO:** O Curso de Reanimação Neonatal para enfermeiros e médicos é uma ferramenta que promove engajamento e proporciona maior interação entre as equipes e possui reprodutibilidade reconhecida e padronizada

Comentadores: MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO e PATRICIA FERNANDA C RUIZ

PC-43 - ESTUDO COMPARATIVO ENTRE METODOLOGIAS TRADICIONAIS E ATIVAS NO ENSINO EM REANIMAÇÃO NEONATAL PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

VALDEREZ ARAUJO DE LIMA RAMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LORENA LAUANA CIRILO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LAÍS CARNEIRO DA CUNHA CHAVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO GUSTAVO XAVIER DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LOUISY ALICIA CAMPOS CRUZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO SALLES PASTOR PROENÇA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO VICTOR BEZERRA RAMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)
JOÃO PESSOA/PB

O ensino em saúde esteve pautado em metodologias conservadoras e tradicionais, que tem influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana. Tal modelo faz uma compartimentalização do saber, no qual o conhecimento se aloca em campos especializados. Reconhece-se que o ensino médico tradicional centrado prioritariamente na transmissão de conhecimentos tem levado à formação de profissionais despreparados para responder aos vários agravos à saúde mais encontrados na população. No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças por ano, das quais 98% em hospitais. Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade. Entretanto, manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada. Desse modo, são essenciais o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem recém-nascidos (RN) em sala de parto, mesmo quando se esperam crianças híginas sem hipóxia ou asfixia ao nascer, pois a reanimação neonatal

eficaz e imediata salva milhares de vidas todos os anos. Analisar de forma crítica e reflexiva o aprendizado discente no curso médico frente às metodologias tradicionais e ativas de ensino, estimulando a promoção de cursos de capacitação em reanimação neonatal. Trata-se de um estudo experimental, exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, de intervenção com grupo comparativo formado por alunos elegíveis pelos critérios de inclusão e exclusão, entre alunos participantes do curso de capacitação em reanimação neonatal, com material adaptado do Programa em Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) comparados aos alunos submetidos apenas à aulas teóricas da disciplina de neonatologia. Os dados coletados de forma total seriam digitados no programa Excel e processados eletronicamente para validação por meio do software SPSS, versão 24.0 Como resultados, observamos que a aplicação de metodologias ativas de ensino tiveram um resultado mais satisfatório na

compreensão e fixação do protocolo em Reanimação Neonatal da SBP. Tal modelo de ensino, bem como o cuidado humanizado, podem juntos gerar boas práticas e uma assistência segura na reanimação neonatal. Percebe-se, diante do exposto, que este projeto se mostra como uma ferramenta importante para o enfrentamento da morbimortalidade infantil e neonatal, orientando metodologias práticas efetivas na qualificação da assistência imediata aos recém nascidos em salas de parto. O ensino de reanimação através de aulas teóricas seguindo modelo tradicional de ensino parece ser insuficiente e heterogêneo para os alunos de graduação em medicina, tendo em vista que os conteúdos curriculares com esta temática seguem sendo oferecidos de forma exclusivamente teórica. Não se observa consenso sobre o melhor método de ensino de reanimação de recém nascidos, mas a simulação com metodologias ativas de ensino seguindo os protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria pode ser uma proposta pedagógica muito próxima do caminho ideal.

Comentadores: MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO e PATRICIA FERNANDA C RUIZ

PC-44 - LIMITES DE VIABILIDADE NEONATAL E SUAS CONDUTAS AO REDOR DO MUNDO - UMA REVISÃO DE LITERATURA

LAURA BARBOSA SALOMÉ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RENATO OLIVEIRA DE LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), JULIA MATOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GIOVANA STHEFANY MARTINS OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), MARIANA SILVEIRA DE ALBUQUERQUE ESCANHOELA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), VALÉRIA SOARES DE ALENCAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)
SÃO PAULO/SP

A conduta inicial em recém-nascidos (RN) prematuros extremos no limite de viabilidade (LV) é variável e depende de fatores tecnológicos e socioeconômicos de cada país. Analisar a diversidade dos LV em países ao redor do mundo. Revisão de literatura integrativa realizada por meio das bases de dados PubMed, LILACS e BVS, com os descritores: ('neonatal viability OR neonatal viability') AND ('decision making'), ('extremely preterm') AND ('viability') e ('decision making and Extremely preterm'). Selecionamos artigos de texto completo dos últimos 10 anos de publicação, disponíveis em inglês, português, espanhol. Foram

identificados 41 trabalhos. Os critérios de exclusão foram fuga do tema, totalizando 21 artigos para o estudo. A Zona Cinzenta (ZC), caracterizada como uma faixa de idade gestacional (IG) em que os desfechos neonatais são incertos, garante aos países liberdade para escolher entre opções de reanimação ou cuidados paliativos. Desse modo, as condutas diferem entre países. Na Holanda, uma pesquisa com profissionais de saúde mostrou que 50% consideram como limites da ZC, IG de 24+0/7 a 26+0/7 semanas. Na Hungria, 22 e 24 semanas são os limites da ZC. No Qatar, RN com 23 semanas de IG são considerados no LV para receberem intervenção médica. Na Austrália, um estudo mostrou que 87% dos profissionais entrevistados defendem a reanimação de RN com 24 e 25 semanas, sendo o consenso do país sobre a ZC estar entre 23+0/7 e 25+6/7 semanas. Uma pesquisa do Reino Unido mostrou que uma minoria de neonatologistas realizaria uma reanimação avançada antes de 23 semanas completas, devido aos riscos de sequelas neurológicas. No Japão, 22 semanas equivalem ao LV atual. De acordo com as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2022, o LV nos principais países desenvolvidos é de 24 semanas. Já no Brasil, o limite superior da ZC é de 24 +6/7 semanas, com sobrevivência de 58,4% desses prematuros. Em média, 27,9% dos prematuros sobrevivem a partir de 24 semanas. Entende-se que a tomada de decisão no LV ainda é muito complexa, indefinida e diferentemente do proposto por "guidelines", não pode ser limitada apenas pela IG do RN.

Comentador: MÁRCIA G PENIDO MACHADO

PC-45 - FATORES ASSOCIADOS A REANIMAÇÃO AVANÇADA EM SALA DE PARTO EM RNS MENORES DE 1500G DE UM HOSPITAL DO INTERIOR DO SUL DO BRASIL

ANA PAULA MARTINEZ JACOBS (UCS), VANDREA CARLA DE SOUZA (UCS), GABRIELE ROTH SALDANHA (UCS), THALITA LOPES TAUNOS (UCS), CLARISSA GUTIERREZ CARVALHO (UFRGS)

PORTO ALEGRE/RS

São bem descritas na literatura a associação de morbidades maternas perinatais, prematuridade e necessidade de reanimação neonatal. Descrever os fatores associados a necessidade de reanimação avançada em sala de parto em prematuros extremos de uma coorte de hospital referência do interior do sul do país. Estudo observacional retrospectivo aninhado em uma coorte. Incluiu-se recém-nascidos prematuros com peso de nascimento igual ou

inferior a 1.500g, egressos da UTI neonatal, entre 2014 e 2020, e que realizaram acompanhamento no ambulatório de seguimento. Excluiu-se recém-nascidos com malformações congênitas complexas e as síndromes genéticas letais. Análises estatísticas através do software SPSS 18. Foram incluídos 299 RNs, sendo que apenas 23 necessitaram de entubação em sala de parto (7,7%). Esse grupo apresentava menor idade gestacional (30,8 +2,4 vs 28,2+2,4 p=0,001), menor peso 1017+302 vs 1216+223 p=0,001, menor número de consultas pre-natal (4 (3-6) vs 6 (4-8) p=0,01, sem outras associações com morbidades como DM, HAS, via de parto, etnia, renda, procedência. O auto-relato de drogadição materna mostrou associação, sendo maior nesse grupo (16% vs 6% p=0,04). Após ajuste multivariado, a drogadição permaneceu no modelo, junto com idade gestacional e peso de nascimento. Nessa amostra de prematuros extremos o uso de drogas pareceu interferir na necessidade de reanimação avançada. Precisamos aumentar nossa amostra para definir melhor a interferência de outros fatores nesse desfecho.

Comentador: MÁRCIA G PENIDO MACHADO

PC-46 - RELAÇÃO ENTRE ASFIXIA PERINATAL E HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT)

ARACAJU/SE

A asfixia perinatal é uma lesão causada ao feto ou neonato devido à falta de oxigênio e/ou perfusão tecidual. Assim, a relação entre a hipotermia terapêutica na redução da morbimortalidade nos casos de asfixia perinatal tem se mostrado eficaz e segura. Dissertar sobre a eficaz relação entre a asfixia perinatal e a hipotermia terapêutica. Revisão literária realizada por um levantamento em bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com os descritores (DeCS): 'Asfixia Perinatal' AND 'Hipotermia Terapêutica'. Foram incluídos artigos originais, no idioma inglês, espanhol e português, publicados nos últimos 5 anos (2019-2024).

Ademais, não foram incluídos artigos duplicados e artigos com pouca ou nenhuma relevância para o estudo. Foram estudados 2 artigos, os quais preencheram os critérios de elegibilidade e foram selecionados para o resumo. Uma das principais complicações causadas pela asfixia perinatal é a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). Durante os primeiros 10 anos do século 21, vários ensaios clínicos randomizados foram realizados com neonatos apresentando EHI moderada a grave. Esses ensaios mostraram que a hipotermia terapêutica (HT), diminuição em 3-49702, C da temperatura corporal, tendo início nas 6 primeiras horas de vida e mantido por 3 dias, reduz a mortalidade dos pacientes afetados. Dessa forma, a eficácia e segurança da proteção neuronal com HT foram confirmadas por muitas meta-análises e desde então, tem sido considerada uma conduta eficaz nos casos de asfixia perinatal. Entretanto, embora a HT seja a principal abordagem bem-sucedida para asfixia perinatal e sua utilidade na neuroproteção tenha sido confirmada, esta estratégia reduz apenas o risco de morte ou doença grave em aproximadamente 15% quando comparada a não receber HT. A asfixia perinatal apresenta em sua maioria um prognóstico ruim para os neonatos afetados. Portanto, diante dos estudos realizados, a realização da HT demonstrou eficaz e segura relação na redução da morbimortalidade, sendo assim, uma ótima alternativa de tratamento.

Comentador: MÁRCIA G PENIDO MACHADO

PC-47 - PUNÇÃO INTRAÓSSEA NA REANIMAÇÃO NEONATAL E SUA APLICABILIDADE- UMA REVISÃO DA LITERATURA

ANNA CLARA NOVAES CARVALHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), BEATRIZ BENEDETTI FRANÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), BEATRIZ GIULIANO BUENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), CATHARINA BIBIKOFF (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), FERNANDA GONÇALVES CIPÓ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LORENA BARBOSA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LUIZA FERREIRA DE BRITO FARINAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RAFAEL DA CRUZ PEREIRA MUNHOZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), SABAH ABAZAR YOUSIF MOHAMED ALI (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), RENATO LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO) SÃO PAULO/SP

Durante a reanimação neonatal, a punção intraóssea (PIO) pode ser considerada uma alternativa para administração de medicações essenciais durante esse processo. Essa prática, no entanto, não é amplamente divulgada em serviços brasileiros. O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN/SBP) recomenda como via preferencial o cateterismo umbilical venoso (CUV) considerando a necessidade de a medicação atingir rapidamente a circulação venosa central. Avaliação da prática da PIO na reanimação neonatal em sala de parto, considerando os riscos, benefícios, técnicas e aplicabilidade. Foi realizada uma revisão da literatura na biblioteca virtual em saúde (BVS) e na National Library of Medicine

National Institutes of Health (PubMed) com os descritores Resuscitation and Newborn and intraosseous infusions. Foram encontrados 22 artigos e, após aplicar os critérios de exclusão, apenas 6 artigos foram selecionados para esta pesquisa. Foram excluídos documentos repetidos, artigos incompatíveis com o tema e textos incompletos. Em alguns estudos, a PIO demonstrou-se como uma prática mais rápida e fácil do que as vias convencionalmente estabelecidas durante a reanimação neonatal, permitindo melhor desempenho durante essa circunstância. Desse modo, apresenta-se como uma alternativa quando o CUV e/ou acesso intravenoso periférico não podem ser desempenhados. Pesquisas apontaram, contudo, complicações graves relacionadas à técnica e local da PIO, visto que esse método não é considerado o melhor padrão durante o procedimento de ressuscitação, e, conseqüentemente, muito indisponível e pouco aplicado, gerando falta de experiência dos profissionais. Além disso, apesar de permitir a ligeira entrada da medicação na corrente sistêmica, as propriedades farmacológicas de diversas drogas administradas pela PIO ainda são mal definidas. A PIO faz-se eficaz durante a reanimação neonatal, desde que realizada de forma adequada e com uma cuidadosa avaliação dos riscos, benefícios e técnica do procedimento. Isto posto, sua aplicação como procedimento padrão durante a reanimação neonatal necessita de aprimoramento técnico, sendo, portanto, evidente a necessidade de capacitação da equipe multiprofissional que atua na reanimação neonatal para implementação e monitoramento da PIO, além de mais estudos sobre comportamento farmacológico por esse acesso.

Comentador: MÁRCIA G PENIDO MACHADO

PC-48 - ANÁLISE DOS BENEFÍCIOS DA “HORA DE OURO”: UMA INICIATIVA DE MELHORIA NA QUALIDADE DOS CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO

ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), ANA JOVINA BARRETO BISPO (UNIT) ARACAJU/SE

A “Hora de Ouro” na neonatologia condiz com os 60 minutos em que os cuidados para prevenir danos irreversíveis são mais eficazes e representa a relação inversa entre os minutos decorridos e a probabilidade de sobrevivência. Avaliar quais os benefícios da implementação do conceito da “Hora de Ouro” na assistência à primeira hora pós-natal. Trata-se de uma revisão de literatura, realizada através dos descritores

“Benefits”, “Golden Hour” e “Newborns”, com o operador booleano “AND”, apresentando os seguintes critérios de inclusão: artigos completos e gratuitos, publicados entre 2014 e 2024, em português e inglês. Totalizou-se 18 artigos, sendo 7 utilizados e os demais excluídos por não abrangerem o assunto. A implementação da “Golden Hour” ou “Hora de Ouro” em hospitais impactou na prevenção e redução das taxas de hipotermia ($p=0,001$), hipoglicemia ($p=0,012$) e da necessidade de oferta de solução glicosada na primeira hora de vida. Promoveu, também, um maior controle de infecções, diminuição do tempo da estabilização dos recém-nascidos para admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal ($p=0,0035$) e ativação de respostas neuroendócrinas maternas e fetais em resposta ao contato pele a pele e amamentação duradouros, promovendo a continuação do vínculo que começou durante a gestação. Além disso, os profissionais foram beneficiados em relação à qualidade do atendimento e segurança na realização dos procedimentos. De acordo com os artigos encontrados, os protocolos que agrupam práticas baseadas em evidências e padronizam sua aplicação nos primeiros minutos após o nascimento têm sido usados para melhorar a qualidade e a consistência dos cuidados para bebês, gerando, portanto, um efeito de proteção sobre a mortalidade neonatal durante a primeira hora de vida.

Comentador: LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-49 - EFICÁCIA METODOLÓGICA: COMPARANDO PRÉ E PÓS-TESTES EFETUADOS EM CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL ENTRE OS RESIDENTES DE PEDIATRIA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.

VALDEREZ ARAUJO L RAMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO VICTOR BEZERRA RAMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MATHEUS MONTEIRO VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), ÁDILA ROBERTA DA ROCHA SAMPAIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO SALLES PROENÇA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO PEDRO PEDREIRA DE ALENCAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), GIOVANA BARDUCHI ROMERO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LAÍS CARNEIRO DA CUNHA CHAVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO GUSTAVO XAVIER DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LOUISY ALÍCIA CAMPOS CRUZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)
JOÃO PESSOA/PB

Nos últimos anos, tem-se intensificado a discussão a respeito das boas práticas nos cuidados com os recém-nascidos (RN) em sala de parto. A capacidade de fornecer suporte imediato e adequado durante os primeiros momentos após o nascimento pode fazer toda a diferença na transição segura para a vida extrauterina, daí a relevância do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) e seu ensino na formação médica. Analisar e comparar os dados dos Pré e Pós-Testes na metodologia utilizada pelo PRN entre residentes de Pediatria do primeiro, segundo e terceiro ano

de residência em um hospital universitário, na perspectiva de educação permanente em saúde. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, longitudinal e descritivo. Foram analisados os resultados do pré e do pós-teste utilizados pelo Programa de Reanimação Neonatal, em curso ministrado aos médicos residentes de pediatria em uma instituição de ensino superior. Os dados foram analisados com auxílio do software Jamovi®, sendo conduzido o teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Integraram a amostra 19 residentes, sendo 6 (31,6%) do primeiro ano, 7 (36,8%) do segundo ano e 6 (31,6%) do terceiro ano. Em relação ao pré-teste, 5 (26,3%) participantes obtiveram pontuação inferior a 20, sendo 1 (20%) deles do primeiro ano, 2 (40%) do segundo ano e 2 (40%) do terceiro ano. No entanto, após o curso, os 19 (100%) participantes obtiveram pontuação igual ou superior a 20. A pontuação do pré e do pós-teste e o incremento na nota seguiram uma distribuição normal ($p < 0,05$). Nos residentes do primeiro ano, foi observada uma média de 20,2 pontos no pré-teste e 22,7 no pós-teste, com incremento médio de 2,5 pontos. Nos residentes do segundo ano, percebeu-se média de 21 pontos no pré-teste e 24,4 no pós-teste, com incremento médio de 3,43 pontos. Por fim, nos residentes do terceiro ano, viu-se média de 20 pontos no pré-teste e 24,3 no pós-teste, com incremento médio de 4,33 pontos, tendo sido o grupo com maior curva de aprendizagem. Observou-se média maior de acertos nos residentes do segundo ano, porém maior aprendizagem no grupo dos residentes do último ano. Ressaltamos a necessidade de investigar sobre a dissociação entre a percepção dos alunos sobre seu aprendizado e seu desempenho, havendo diferenças perceptivas entre as leituras, o raciocínio clínico e as práticas do cotidiano.

Comentador: LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-50 - MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE EM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DE SÃO PAULO

MARIA CRISTINA PASSOS FLEURY (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARINA VANZELA LANIA TELES (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), GABRIELLA ROSSI DOMINGUES FARTO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), NATHÁLIA DE OLIVEIRA KOLLN (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), NAYARA CAROLINE CARAVANTI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), REGIANE MARIA ROSA VIEIRA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), DANIELA MITSUE SUZUKI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISADORA D'ABRUZZO SILVA SARNI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RAFAELLA LEMOS ALVES RIBEIRO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), ISABELA ROCES RIOS (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), RENATA RODRIGUES BIZARRI (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARIA CARMEN LUNARDI DE CARVALHO (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO), MARCIALI GONÇALVES FONSECA DA SILVA (HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO)
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP

A mortalidade perinatal está associada à causas preveníveis, como acesso ao serviço de saúde e a qualidade do atendimento em três períodos cruciais: pré-natal, parto e cuidados imediatos ao recém-nascido (RN). Atualmente, grandes partes dos óbitos infantis ocorrem nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma estreita relação entre o componente neonatal precoce da mortalidade infantil, que corresponde ao intervalo de 0-6 dias de vida com

a assistência ao parto e ao nascimento. Considerando que o período neonatal tem a maior representação em termos proporcionais na mortalidade infantil no Brasil e que o componente neonatal precoce (0-6 dias) responde a 50% das mortes infantis, este estudo tem como objetivo determinar as taxas de mortalidade neonatal precoce em um hospital escola referência da região. Análise de prontuário dos RN nascidos entre 22 e 32 semanas, em hospital escola terciário no período de janeiro a dezembro de 2023. A idade gestacional foi estabelecida através da data de última menstruação materna ou da ultrassonografia do primeiro trimestre. Foi analisado o perfil dos pacientes que foram a óbito logo após o nascimento, ainda na sala de parto, e até o sexto dia de vida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, excluindo os pacientes com mal formações.

Foram analisados 77 prontuários e excluídos os pacientes com malformações (5 pacientes) e observamos uma mortalidade de 15,3% no período. Para a faixa etária de 23 semanas obtivemos 100% de mortalidade, com queda significativa com o progredir da gestação, chegando a uma taxa de 37,5% nas idades entre 24 e 25 semanas, 7,1% nas idades entre 26 e 30 semanas e sem mortalidade precoce nos pacientes acima de 30 semanas. A mortalidade neonatal precoce indica a qualidade de assistência perinatal. Segundo a Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, pacientes menores de 23 semanas morrem em 93% dos casos, entre 24 - 25 semanas a taxa fica entre 55 - 75% e nos acima de 30 semanas, essa taxa é abaixo de 10%. A baixa taxa de mortalidade na sala de parto em nosso serviço reflete a importância do preparo da equipe que oferece assistência materna desde o pré-natal até a recepção do RN em sala de parto, bem como a disponibilidade de tecnologias e recursos que possibilitem a viabilidade de RN com necessidade de suporte e nos mostra que nossa maior atenção no momento deverá ser para os prematuros mais extremos (< 23 semanas)

Comentador: LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-51 - UM OLHAR ABRANGENTE: TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV DO PARTO À VIDA PÓS-NATAL

GABRIELA SOLA HERBST SANTOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), GUSTAVO TRISTÃO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA), ALEXANDRE MAC ALPINE AUGUSTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARRETOS DR. PAULO PRATA) BARRETOS/SP

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) define a eliminação da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV), quando são alcançadas taxas de incidência menores que 2 casos de HIV para cada 100 mães infectadas. Esta revisão aborda estratégias de prevenção e cuidados na sala de parto. Analisar o contexto e a percepção do manejo da gestante portadora do vírus HIV na sala de parto e a recepção do recém-nascido com as condutas preconizadas para evitar a transmissão vertical a partir de uma revisão bibliográfica. Busca no PubMed com os descritores 'vertical transmission', 'HIV infection' e 'prevention and control'. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 20 anos relacionando a transmissão vertical do HIV. Exclui-se: artigos e estudos realizados fora do território brasileiro. Encontrou-se 16 artigos, selecionando 4 pelo resumo e leitura do artigo. Alguns pontos são essenciais, são eles: testagem pré-natal, administração de Terapia Antirretroviral (TARV) e profilaxia para o recém-nascido, cuidados obstétricos durante o

Trabalho de Parto, amamentação segura e aconselhamento pós-parto. Em primeiro lugar, a importância da testagem pré-natal para HIV é enfatizada por destacar a necessidade de diagnóstico precoce para permitir a implementação imediata de estratégias de prevenção. Ademais, a TARV durante a gravidez é uma estratégia fundamental para reduzir a carga viral materna e o risco de transmissão vertical. Além disso, é recomendada a profilaxia com antirretrovirais para os recém-nascidos de mães soropositivas, como parte integrante da estratégia de prevenção. Outro ponto importante de ser destacado são os cuidados na sala de parto. Isso inclui os cuidados preconizados na recepção do recém-nascido na sala de parto como: limpar, com compressas macias, todo sangue e secreções visíveis na superfície corporal do RN, logo após o nascimento, e encaminhá-lo imediatamente para banho em água corrente. Quando for necessária a realização de aspiração de vias aéreas do recém-nascido, deve-se evitar traumatismo em mucosas. Além disso, deve-se iniciar a primeira dose do AZT solução oral, ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras 2 horas após o nascimento. Por fim, recomenda-se a não amamentação e substituição do leite materno por fórmula infantil. Os cuidados na sala de parto desempenham uma medida fundamental na redução do risco de transmissão do HIV durante o parto, juntamente com medidas preventivas abrangentes antes e após o nascimento. Essas estratégias devem ser parte integrante do cuidado perinatal para todas as gestantes, visando garantir a saúde e o bem-estar tanto da mãe quanto do filho. De acordo com os estudos, caso seja realizado a prevenção da maneira correta, a transmissão vertical é evitada na quase totalidade dos casos.

Comentador: LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-52 - O DESAFIO NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO ESPONTÂNEO

WELLINGTON LUIZ RODRIGUES MAGALHÃES (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), CARLOS EDUARDO SOARES MAGALHÃES (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), JÚLIA MARÇAL ASSIS (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ) ITAPERUNA/RJ

Pneumotórax é o nome que se dá à presença de ar livre na cavidade pleural, cenário grave e de intervenção imediata importante, justificando-se, logo, uma condição patológica pouco comum na faixa etária pediátrica. RN de S.O.S.S, 19 dias, admitido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal aos 2 dias de vida, sexo masculino, proveniente de cidade vizinha, sendo transferido em capacete de oxigenação HOOD, saturando 88%, e sendo relatado que paciente nasceu há 1 dia, evoluindo com desconforto respiratório e quadro de pneumotórax. Segundo médico, neonato nasceu com assistência em sala de parto, apresentando apgar 10, com ausência do valor adequado no primeiro minuto descrito, e história gestacional de infecção do trato urinário de repetição, segundo informações. Paciente submetido à intubação orotraqueal sem intercorrências,

assim como dieta zero, hidratação venosa de manutenção, antibioticoterapia, solicitação de exames admissionais e raio-x de tórax. RN sujeitado à toracostomia com drenagem pleural fechada à direita, tendo sido posicionado dreno Pigtail 12 FR com drenagem fechada por selo d'água, sem qualquer intempérie, aos dois dias de vida. No momento, neonato mantendo quadro estável e boa adesão ao tratamento, tendo completado 11 dias com dreno de tórax, evoluindo com pneumotórax residual, expansão completa e resolução do quadro, sob cuidados intensivos neonatais e observação clínica rigorosa. Embora raro neste intervalo etático, o pneumotórax espontâneo ocorre em 0,07% dos recém-nascidos saudáveis, através dos seguintes mecanismos: aumento agudo da pressão transpulmonar e presença de defeito na pleura visceral. Em se tratando das manifestações clínicas, dispnéia de forma súbita e dor torácica tipo pleurítica, ou de forma silenciosa e assintomática, devendo-se lançar mão de um exame de imagem comprovatório: radiografia de tórax. A abordagem ocorre inicialmente de forma conservadora, e quando justificado, drenagem torácica ou terapêutica cirúrgica. Ocasionalmente há risco de óbito neonatal, caso ausência de recurso terapêutico precocemente, tratando-se de um quadro emergencial. Logo, é fundamental que a assistência se baseie em cuidado contínuo e integral, permitindo sua adequação à necessidade especializada, tendo em vista que embora adotada em uma minoria, se realizada de maneira efetiva, proporciona maior impacto no bem-estar social.

Comentador: HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA

PC-53 - ANÁLISE DA IMPORTÂNCIA DO CLAMPEAMENTO TARDIO DO CORDÃO UMBILICAL NEONATAL NA PREVENÇÃO DA ANEMIA DO LACTENTE EM RECÉM-NASCIDOS COM BOA VITALIDADE

ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT)
ARACAJU/SE

O clampeamento tardio, a partir de 60 segundos, está associado a benefícios hemodinâmicos referentes à transfusão placentária de fluxo sanguíneo, incluindo nutrientes como ferro, especialmente para a prevenção da anemia. Este estudo visa analisar o papel do clampeamento tardio do cordão umbilical na prevenção da anemia do lactente, considerando recém-nascidos com boa vitalidade. Trata-se de um resumo feito a partir de uma revisão literária,

consultada na Biblioteca Virtual de Saúde, nas línguas português e inglês, com base nos descritores temáticos: clampeamento tardio e anemia, de acordo com as bases científicas: Medline e Lilacs. Consideraram-se 13 artigos, dos quais permaneceram 5 para a construção do resumo, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Com base na literatura atual, o tempo tardio de clampeamento umbilical, consequentemente a maior proporção sanguínea ofertada influencia nas adaptações fetais a curto e longo prazo. Estudos mostraram que bebês com clampeamento tardio, quando comparados com o imediato, apresentaram uma maior concentração de hemoglobina e menor incidência de anemia aos 4 meses, além de níveis mais elevados aos 6 meses. A intervenção também foi responsável por um incremento de 23,29 ng/mL na média de ferritina nos primeiros meses. Além disso, devido ao papel nutricional do mineral, crianças com mais estoques de ferro apresentaram um melhor desenvolvimento cognitivo, motor e social, demonstrando sua importância na qualidade de vida do paciente. Portanto, o clampeamento tardio apresenta benefícios para a saúde do recém-nascido, atuando especialmente na prevenção da anemia do lactente, uma vez que um maior aporte sanguíneo placentário advindo do cordão umbilical possibilita uma maior aquisição de hemoglobina e ferro imprescindíveis para o estoque nutricional. Logo, considera-se atualmente a técnica como uma alternativa estratégica para um melhor prognóstico infantil.

Comentador: HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA

PC-54 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: DO MODELO DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA SALA DE PARTO

JÚLIA MARCONDES BARBOZA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI)
MOGI GUAÇU /SP

O treinamento em centros de simulação realística é essencial para capacitar estudantes de medicina do internato no atendimento à sala de parto, especialmente diante de emergências como a asfixia perinatal.

Relatar a experiência de um interno de medicina em treinamento, combinando aulas em centros de simulação realística com observação prática de reanimação neonatal durante o estágio de pediatria nos serviços de saúde. Os cenários simulados incluíram casos de asfixia perinatal, permitindo que interno de medicina colocasse em prática seu conhecimento teórico, de modo que possa praticar e aprimorar suas habilidades clínicas. A abordagem do 'minuto de ouro' (Golden Minute) durante a reanimação neonatal, enfatizando a importância de ações imediatas e eficientes, foi fundamental para o treinamento.

A combinação da abordagem teórica em simulação realística e a experiência prática em ambiente clínico nos serviços de saúde por onde acontecem os estágios, prepara e capacita o interno para lidar eficazmente com situações desafiadoras na sala de parto. Estudos mostram que o treinamento em simulação realística resulta em melhores desempenhos

em situações de emergência, reduzindo a ansiedade e melhorando a tomada de decisão. A exposição repetida a cenários realistas favorece a confiança e competência na resolução de emergências neonatais, destacando a eficácia desse modelo de aprendizado, que contribuirá para melhores desfechos neonatais. Embora promissores, os resultados podem ser influenciados por fatores externos e a generalização pode ser limitada. Estudos de acompanhamento são necessários para avaliar o impacto a longo prazo desses treinamentos na prática clínica. Apesar das limitações, a simulação realística emerge como uma ferramenta valiosa na formação médica, preparando os estudantes de maneira eficaz para enfrentar desafios clínicos complexos. A integração do modelo de simulação realística na formação médica é fundamental para aprimorar as habilidades necessárias no manejo da sala de parto, especialmente diante de casos de asfixia perinatal. Este relato evidencia a importância dessa abordagem na preparação dos futuros profissionais de saúde, como também na melhor capacitação de profissionais formados para enfrentar desafios clínicos complexos com segurança e eficácia. A literatura destaca a simulação realística como uma ferramenta valiosa para melhorar a competência clínica e a segurança do paciente em diversas áreas da medicina neonatal. Espera-se que a contínua implementação e aprimoramento de programas de simulação realística resultem em melhores desfechos neonatais, reduzindo as taxas de morbimortalidade e aprimorando a qualidade do cuidado perinatal em todo o mundo.

Comentador: HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA

PC-55 - PRESENÇA DO PAI ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: AVALIAÇÃO DOS SENTIMENTOS E EMOÇÕES MASCULINAS DURANTE O PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO IMEDIATO.

VALDEREZ ARAUJO DE LIMA RAMOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MARCELO SALLES PASTOR PROENÇA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LAÍS CARNEIRO DA CUNHA CHAVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), JOÃO GUSTAVO XAVIER DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), LOUISY ALÍCIA CAMPOS CRUZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA), MATIAS AIDAN CUNHA DE SOUSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA)
JOÃO PESSOA/PB

A experiência do parto é considerada uma vivência ímpar na vida do casal. No passado, o papel paterno era ser apenas o provedor financeiro e responsável pela educação. Esse cenário foi fruto de um preconceito histórico e estrutural no papel do gênero masculino nas etapas de nascimento dos filhos, secundarizando o cuidado paterno (Benazzi AST et al., 2011). A presença paterna enquanto rede de apoio à gestante, acompanhando a evolução do trabalho de parto e parto, tem consequências positivas no desfecho do nascimento do bebê. Estudos têm comprovado os benefícios da permanência do pai como acompanhante durante o processo de parturição. Atualmente temos uma mulher atuante no mercado de trabalho e que precisa de

auxílio na criação global da criança. Assim, o contexto hoje é de um homem mais envolvido nas etapas de nascimento e crescimento de seus filhos. Compreender os sentimentos e avaliar a participação dos pais no período pré-parto, parto e puerpério imediato. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa e quantitativa. 57,1% dos pais realizaram conversas para tranquilizar a gestante e auxiliaram nas caminhadas, marcando presença constante junto à companheira (47,6%), 42,9% referem a aplicação de massagens e compressas para alívio das dores. Em sala de parto, 35% dos pais relataram ansiedade e nervosismo e 30% preocupação. Relatam ainda que o momento mais emocionante foi a visualização do filho pela primeira vez (45%), seguido do choro do bebê (25%). 21,1% dos pais relataram não estarem preocupados com possíveis intercorrências durante o parto, por acreditarem na capacidade da equipe do hospital. 68,4% dos pais choraram em algum momento do nascimento de seus filhos. Por fim, 3 dos 21 pais entrevistados (15%) disseram não terem presenciado o momento do parto. O presente estudo possibilitou a compreensão da necessidade de esclarecer os pais sobre a presença deles durante o trabalho de parto e parto. São necessárias políticas públicas institucionais de incentivo à presença paterna como rede de apoio à mulher, por poderem oferecer apoio emocional, dando-lhe segurança através de palavras, gestos de carinho e conforto. Os profissionais de saúde podem atuar ativamente nesse processo, promovendo rodas de conversas educativas nas consultas pré-natal. Assim, é possível garantir um apoio integral à saúde da mulher e do bebê, melhorando a qualidade de vida de ambos.

Comentador: HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA

PC-56 - HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NEONATAL PÓS PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

MARIA FERNANDA ABRITTA MARIQUITO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARIANA GODOY-LEITE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LUIZA CAMARGOS COUTO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARIA CLARA MARTINS AVELAR (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)
BELO HORIZONTE/IMG

A hipotermia terapêutica (TH) é uma prática clínica emergente destinada a mitigar os efeitos deletérios neurológicos após uma parada cardiorrespiratória (PCR), especialmente em pediatria, onde as consequências são devastadoras. Avaliar a eficácia e os desfechos da TH em neonatos que retornam de uma PCR. A revisão integrativa foi realizada por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed e UpToDate. Foram utilizados os seguintes descritores e operador booleano: Hypothermia AND Therapeutics AND Newborn, priorizando estudos a partir de 2012 em inglês, espanhol e português. Após triagem dos títulos e resumos, foram selecionados 7 artigos que se enquadram com o objetivo do estudo. A TH surge como uma intervenção inovadora que envolve a redução controlada da temperatura corporal central após a ressuscitação, baseando-se em evidências que sugerem

melhorias nos desfechos neurológicos em certos grupos de pacientes, como os neonatos. A febre é um fator de risco conhecido para piores desfechos pós-ressuscitação, assim, o controle direcionado de temperatura pós-PCR envolve manter a temperatura corporal central menor que 37,5°C, optando por um período de normotermia ou uma combinação de hipotermia seguida de normotermia. Os resultados de ensaios multicêntricos revisados para este estudo indicam que, embora a TH seja uma abordagem promissora, os dados atuais não demonstram uma diferença significativa nos desfechos de um ano entre pacientes submetidos à TH e à normotermia controlada. Notavelmente, a incidência de efeitos adversos graves, como infecções e arritmias, não diferiu significativamente entre os grupos. Além disso, a ausência de um benefício claro da TH em comparação com a normotermia pode sugerir um potencial benefício do controle ativo da temperatura, independentemente da indução da hipotermia. Conclui-se que a TH, enquanto estratégia promissora para melhorar os desfechos neurológicos em neonatos pós-PCR, ainda requer evidências mais conclusivas para sua eficácia geral. A prática atual de controle direcionado da temperatura, especialmente a prevenção da febre, permanece uma prioridade. Futuras pesquisas devem se concentrar na otimização das estratégias de controle da temperatura, avaliando a duração ideal e os objetivos de temperatura específicos para maximizar os benefícios potenciais da TH em pacientes pediátricos neonatais pós-PCR.

Comentador: DANIELA TESTONI COSTA NOBRE e GRASIELA BOSSOLAN

PC-57 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL NO ESTADO DO PARANÁ ENTRE 1990 A 2020.

*GABRIELA CARDOSO POSTERARO (UNIOESTE), MARIA JULIA TODERO (UNIOESTE), THAYSE GUESSO CANGUSSÚ (UNIOESTE), ANA CAROLINA STOEBERL BUENO (UNIOESTE), RAFAELA BUZOLIN HARTMANN (UNIOESTE), CAROLINE DRESCH SABADIN (UNIOESTE), KATHARINA ALANIS GOMES DE FIGUEIREIDO (UNIOESTE), DAVI NASCIMENTO DOS SANTOS (UNIOESTE), JÚLIA FERREIRA LOPES DE OLIVEIRA (UNIOESTE), LINDSEY MIKULSKI ITAHIDES (UNIOESTE), PATRICIA TSEN (UNIOESTE), RAFAELA SCHELBAUER (UNIOESTE), JÚLIA STEFFANELLO ZABOT (UNIOESTE), CAMILA SCOLARI (UNIOESTE), MARIANA LISSA MATUMOTO (UNIOESTE)
CASCAVEL/PR*

A taxa de mortalidade infantil é um indicador crucial para avaliar a qualidade de vida, o desenvolvimento socioeconômico e o acesso à saúde, sendo mensurada pelo número de nascidos vivos e o número de óbitos até 27 dias de idade. O objetivo do presente trabalho foi analisar dados epidemiológicos acerca da mortalidade neonatal

do estado do Paraná, tendo como período os anos entre 1990 e 2020, buscando refletir sobre a sobrevivência neonatal no estado. Estudo epidemiológico descritivo temporal. A coleta de dados foi realizada no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), onde se buscou dados sobre a taxa de mortalidade neonatal no estado do Paraná entre 1990 a 2020. A taxa de mortalidade neonatal no estado do Paraná apresentou uma queda notável ao longo das últimas três décadas. Em 1990, a taxa era de 18,7 mortes por mil nascidos vivos, diminuindo para 6,8 em 2020. Isso representa uma redução de 63,64% ao longo desse período. Em comparação, a taxa de mortalidade neonatal do Brasil também teve uma queda, passando de 23,1 por mil nascidos vivos em 1990 para 8,8 em 2020, o que representa uma diminuição de cerca de 61,9%. Esses números indicam que o Paraná manteve taxas inferiores à média nacional ao longo dos anos, demonstrando um progresso consistente na redução da mortalidade neonatal. Com base nos dados, conclui-se que a taxa de mortalidade neonatal no Paraná apresentou redução importante no período analisado. Ademais, observa-se que a taxa do estado é 22,7% inferior à média nacional, consequência do bom desempenho do Sistema Único de Saúde no estado do Paraná.

Comentador: DANIELA TESTONI COSTA NOBRE e GRASIELA BOSSOLAN

PC-58 - A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DE INDICADORES PARA A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NEONATAL

*ANA FLORA SANTA FÉ (HUPAA/UFAL), ANA JÉSSICA CASSIMIRO (HUPAA/UFAL), ANNE LAURA C. FERREIRA (HUPAA/UFAL), ELISÂNGELA CRISTINA A. DE SOUSA (HUPAA/UFAL), GEISA GABRIELLA R. DE OLIVEIRA (HUPAA/UFAL), POLLYANA CAMPOS LIMA (HUPAA/UFAL)
MACEIÓ/AL*

A redução da mortalidade e a sobrevivência com qualidade, dependem da organização dos serviços de atenção à gestante e ao recém-nascido (RN). Gestores e profissionais devem atentar para a estrutura (ambiente e equipamentos) e para a assistência prestada, focando na melhoria do cuidado neonatal.

O monitoramento realizado através de indicadores, permite a avaliação do desempenho do serviço e a programação de ações de melhoria. Portanto, as equipes precisam compreender que a qualidade da assistência é um processo contínuo e que necessita de um esforço coletivo para fortalecer o trabalho baseado nas boas práticas, trabalhando com indicadores que reflitam o processo de trabalho e debatendo as dificuldades imposta pela rotina diária. Apresentar a implantação de formulário estruturado, composto por indicadores de qualidade da assistência neonatal em sala de parto. Trata-se de um estudo descritivo, realizado em março de 2024, no Centro Obstétrico de um Hospital Universitário. Os participantes foram profissionais que acompanharam o processo de estruturação da equipe de neonatologia no serviço. Com a implantação de uma

equipe neonatal em sala de parto, no mês de fevereiro de 2024, foram detectadas algumas fragilidades no serviço, as quais impactam negativamente na assistência ofertada aos neonatos. A ausência de registros que embasem a equipe para a busca de avanços, agrava essa realidade. Considerando a importância de oferecer um atendimento de excelência, os indicadores são ferramentas úteis neste processo. Assim, foi elaborado um instrumento, o qual precisa ser alimentado vinte e quatro horas por dia, pelas equipes de plantão. Este formulário contempla dados da condição de nascimento do RN, reanimação neonatal, termorregulação, contato pele a pele e amamentação em sala de parto. Esses dados serão úteis para a equipe detectar fragilidades, propor estratégias de intervenção através de medidas educativas e informativas, realizar treinamentos e reorganizar o serviço, contribuindo para avanços na qualidade do cuidado e redução da variação indesejável da prática clínica, que deve ser baseada em evidências científicas.

Avanços nesse sentido exigem continuidade. A baixa adesão da equipe caracteriza um desafio a ser superado, uma vez que o serviço de neonatologia em sala de parto ainda não conta com enfermeiro vinte e quatro horas, todos os dias. O registro em saúde é uma ferramenta útil para a consolidação de dados e a construção de informações. Trabalhar com indicadores permite a equipe a detectar lacunas, propor medidas para melhorias e avançar na qualidade do cuidado prestado ao RN.

Esforços para melhorar as condições do processo de trabalho podem resultar em progresso na qualidade da atenção perinatal. Para tanto, é essencial compor toda a equipe de neonatologia em sala de parto, bem como sensibilizar esses profissionais para a adesão a esta proposta de trabalho.

Comentador: DANIELA TESTONI COSTA NOBRE e GRASIELA BOSSOLAN

PC-59 - AVALIAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS AO CONTATO PELE A PELE APÓS O NASCIMENTO NUMA MATERNIDADE REFERÊNCIA NO SUL DO PAÍS

VANESSA OLÍMPIA MOURA GUIMARÃES DOTA (MATERNIDADE DARCY VARGAS), ANA CAROLINA BARROS LEITE MANJABOSCO (MATERNIDADE DARCY VARGAS) JOINVILLE/SC

O contato pele a pele logo após o nascimento significa posicionar o recém-nascido (RN), nu, no tórax despido da mãe ou pai. É recomendado que seja realizado por pelo menos uma hora, devendo ser continuado pelo menos até primeira mamada. O profissional da saúde precisa ser capacitado para promover este momento, através de orientações aos pais, estimulando o aleitamento materno e evitando antecipar cuidados de rotina ao RN com boa vitalidade. Avaliar a prática do contato pele a pele logo após o nascimento numa maternidade de referência, determinando a prevalência da amamentação na primeira hora de vida dos recém-nascidos, analisando os fatores que influenciaram no tempo do contato pele a pele e a ocorrência de hipotermia após essa prática. Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e com abordagem quantitativa. A população foi composta por 112 RNs internados no alojamento conjunto no período do estudo, cujas mães assinaram termo de consentimento para participação na pesquisa e responderam o questionário aplicado pelo pesquisador. As entrevistas com as mães

ocorreram uma vez por semana durante os meses de março, junho, setembro e outubro de 2022, na tentativa de abranger diferentes estações do ano. Os critérios de exclusão são os recém-nascidos que nasceram em outras instituições, ou cujos dados não estavam completos ou disponíveis no prontuário. 98,2% dos recém-nascidos estava em aleitamento materno no momento da entrevista, porém apenas 50% relatou ter amamentado na 1ª hora de vida. Ao aplicar a entrevista, 20,5% referiu ter realizado o contato pele a pele e 45,5% permaneceu no colo materno por tempo superior a 60min. Os motivos que levaram à interrupção do contato pele a pele segundo as entrevistadas foram: realização de procedimentos com o bebê (20,5%) ou o familiar não conseguiu ou desejou (10,7%). 83% das entrevistadas desconhecia a possibilidade de tal prática ser realizada pelo pai. Dentre os RN avaliados, 7,1% necessitou reanimação neonatal, 15,2% tiveram clampeamento de cordão antes de 1 minuto. Considerando os que realizaram contato pele a pele, 72,2% nasceram de parto vaginal, 8,9% foram menores que 37 semanas, o período do dia com menor prevalência da prática foi a tarde, e 75,2% apresentou hipotermia ($35^{\circ}\text{C} < \text{temp axilar} < 36,5^{\circ}\text{C}$) no momento da aferição dos sinais vitais (76,8% sendo aferida após 1 hora de vida). A hipotermia foi verificada em 69,5% dos bebês que não ficaram em contato com a mãe. Vários fatores influenciam no contato pele a pele: como idade gestacional, tipo de parto, tempo de clampeamento do cordão umbilical, necessidade de reanimação neonatal, treinamento da equipe e até a estrutura da instituição. A taxa de aleitamento materno na 1ª hora de vida foi acima do esperado, e ocorrência de hipotermia não mostrou ter diferença significativa entre os que realizaram ou não o contato pele a pele.

Comentador: DANIELA TESTONI COSTA NOBRE e GRASIELA BOSSOLAN

PC-60 - IMPACTO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NA REDUÇÃO DE LESÕES HIPÓXICO-ISQUÊMICAS EM NEONATOS COM ASFIXIA PERINATAL

GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT) ARACAJU/SE

A asfixia perinatal, pode levar a falta de oxigênio no cérebro do neonato, sendo causa significativa de mortalidade e morbidade neonatal, devido a lesão hipóxico-isquêmica. A hipotermia terapêutica atua minimizando os danos cerebrais decorrentes da hipóxia. Avaliar o uso da hipotermia terapêutica para minimizar os danos causados pela lesão hipóxico-isquêmica em neonatos afetados pela asfixia. Este trabalho trata-se de uma revisão literária, feita pela base de dados PubMed, utilizando os descritores “therapeutic hypothermia and perinatal asphyxia and hypoxic-ischemic

injury”. Sendo utilizado como critérios de inclusão, artigos disponíveis na íntegra e gratuitos, publicados nos últimos 5 anos (2019-2024) e originais do idioma inglês e português. Detectou-se 48 resultados, sendo 7 selecionados, excluindo os pouca relevância para o estudo. A hipotermia terapêutica pode ser utilizada para reduzir os danos cerebrais e risco de morte em casos de asfixia perinatal, decorrentes das lesões hipóxico-isquêmicas. Esse método pode ser realizado de duas maneiras principais, resfriamento seletivo da cabeça e hipotermia de corpo inteiro, ambas com mesma eficiência e resultados comparáveis, se diferenciando apenas em relação a facilidade de administração. Tal opção terapêutica é recomendada tanto em recém-nascidos a termo quanto próximos ao termo. Os bebês que utilizaram a terapia de resfriamento tiveram uma redução de cerca de 26% no risco de morrer em comparação com aqueles que não receberam esse tratamento. A terapia utiliza como mecanismo para proteção neurológica de aspectos multifatorial, dentre eles: limitar a disfunção endotelial pós-parada cardíaca, diminuir a liberação de radicais livres e minimizar a cascata inflamatória pós-reperusão, reduzindo assim o dano cerebral subsequente. A terapia com hipotermia, apresenta um avanço em relação a diminuição da morbidade e mortalidade de neonatos acometidos pela asfixia. Destacando-se em países de baixo desenvolvimento, em que o grau de benefícios se destaca. No entanto, essa opção terapêutica só deve ser considerada em cenários com suporte necessário e atuação multiprofissional.

Comentador: **MARCELA DAMÁSIO R CASTRO e MARIA ANGELA SARAIVA**

PC-61 - REFLEXÕES ACERCA DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE E A FAMÍLIA DE RECÉM-NASCIDO ASFIXIADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

AMÉLIA CECÍLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA (SESAU/AL), ELISÂNGELA CRISTINA A. DE SOUSA (HUPAA/UFAL), POLLYANA CAMPOS LIMA (HUPAA/UFAL), ROSE KATIANE M. DOS SANTOS (HUPAA/UFAL), GEISA GABRIELLA R. DE OLIVEIRA (HUPAA/UFAL) MACEIÓ/AL

A asfixia perinatal é caracterizada pela falta de oxigenação ao bebê, antes, durante ou imediatamente após o nascimento. Estima-se que, no Brasil, cerca de 20 mil crianças nasçam com falta de oxigenação no cérebro, ao ano. Segundo a Organização Mundial da Saúde, essa condição ocupa a 3ª causa de morte neonatal, além de estar entre as principais causas de lesão cerebral permanente em bebês nascidos com idade gestacional de 37 a 42 semanas. Quando o cuidado a esses bebês é realizado por profissionais treinados, e com técnica adequada, ainda no primeiro minuto de vida, maioria deles se recupera. Sequelas neurológicas podem surgir como consequência desse agravamento, a exemplo da paralisia cerebral, deficiência cognitiva, cegueira e surdez. A incerteza do futuro dessas crianças ocasiona sofrimento aos pais, provocando uma desestruturação familiar. Apresentar a experiência desafiadora da equipe de saúde ao comunicar notícia difícil à família de RN asfixiado. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de outubro a dezembro de 2023, em uma Unidade Canguru. As participantes foram profissionais que acompanharam o processo de

hospitalização da criança e a comunicação entre a equipe e os pais. Na Unidade Neonatal, a comunicação de notícia difícil configura um desafio a ser superado pela equipe, sobretudo quando se trata de informar à família sobre o diagnóstico e prognóstico de um recém-nascido (RN) que sofreu asfixia perinatal.

A comunicação entre a equipe da Unidade Canguru e os pais de uma RN asfixiada foi permeada por dificuldades, podendo-se detectar aspectos que possivelmente contribuíram negativamente para esse desfecho: acolhimento precário aos pais na UTI Neonatal (UTIN), vínculo inconsistente entre a família e a equipe da UTIN, ausência de um profissional de referência para conversar com a família sobre as condições de saúde do bebê e a linguagem técnica adotada pelos profissionais.

Ao serem esclarecidos acerca da asfixia perinatal, os pais vivenciaram um luto, caracterizado por humor depressivo, fragilidade no vínculo afetivo mãe-bebê e prejuízo no aleitamento materno (baixo estímulo à amamentação e redução do volume de leite extraído manualmente). Este momento de sofrimento foi minimizado pelo vínculo de confiança que os pais estabeleceram junto à equipe médica e de enfermagem da Unidade Canguru. Para eles, a equipe representou apoio, segurança, referência e suporte, o que contribuiu para o alcance de uma alta segura e com o bebê em aleitamento materno exclusivo. O presente estudo destaca a necessidade da equipe multidisciplinar da Unidade Neonatal refletir quanto ao acolhimento e à comunicação - com ênfase na linguagem - junto às famílias de RNs asfixiados. Ainda, aponta para a importância de outros profissionais, que não necessariamente o médico, participarem do fornecimento de informações às famílias desses bebês, bem como para a relevância do suporte psicológico sistemático às famílias na Unidade.

Comentador: **MARCELA DAMÁSIO R CASTRO e MARIA ANGELA SARAIVA**

PC-62 - ANÁLISE DOS ÓBITOS POR ASFIXIA NEONATAL NO ESTADO DE MINAS GERAIS, ENTRE OS ANOS DE 2012 E 2022

LAURA MAYUMI GRAMISCELLI KUWADA (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), CAMILA DE AGUIAR LIMA FERNANDES (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), LAVÍNIA DE FÁTIMA BALDIM MARTINS (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), VICTOR REIS ROCHA (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS) CONTAGEM/MG

Asfixia neonatal é a terceira causa mais prevalente de morte neonatal no mundo. No Brasil, estima-se que 20 mil crianças sofram de asfixia ao nascer todos os anos. Analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por asfixia neonatal no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2012 e 2022. Estudo epidemiológico, retrospectivo, longitudinal e quantitativo, com coleta de dados do Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS) entre os anos de 2012 a 2022, utilizando as variáveis: total de óbitos pelo CID P21 (Asfixia ao nascer), faixa etária de 0 a 27 dias de vida, macrorregião de saúde e idade materna. Em Minas Gerais, entre os anos de 2012 e 2022, foram registrados 605 óbitos neonatais, dos quais 41,50% ocorreram nas primeiras 24 horas após o parto, 41,65% entre 1 a 6 dias pós-parto e os demais com até 27 dias de nascimento. A macrorregião com maior incidência de óbitos foi a região Centro, com 20% dos óbitos por asfixia neonatal no período, enquanto o menor percentual ocorreu na região leste (1,82%). Em relação à idade materna, a faixa etária de 20 a 24 anos foi aquela com maiores registros de óbitos (18,50%), seguida das faixas 30 a 34 anos e 14 a 19 anos (17% e 15,7%, respectivamente). A mortalidade neonatal por asfixia em Minas Gerais possui um perfil diverso, mas é possível concluir que afeta principalmente recém-nascidos menores de 7 dias de vida, ou seja, aqueles considerados como óbitos neonatais precoces. Sobre a incidência maior na macrorregião Centro, são necessárias mais pesquisas para elucidar os motivos pelos quais esta região possui índices elevados quando comparada às demais.

Comentador: MARCELA DAMÁSIO R CASTRO e MARIA ANGELA SARAIVA

PC-63 - OS BENEFÍCIOS DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM CASOS DE ASFIXIA PERINATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AMANDA ALTENBURGER NEUHAUSER (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATO BRANCO - UNIDEP), MARIA EDUARDA FELHBERG CRAVEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATO BRANCO - UNIDEP), EMYLLE MARLENE SOLIGO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE) TREZE TÍLIAS/SC

A asfixia perinatal é um agravo que ocorre ao feto ou ao neonato, caracterizada pela privação de oxigênio e conseqüentes distúrbios perfusionais, ocasionando agravos sistêmicos. A hipotermia terapêutica (HT) vem sendo utilizada como método para prevenir ou atenuar de sequelas. Analisar a efetividade da hipotermia terapêutica no desfecho dos quadros de asfixia perinatal. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que prioriza a investigação

e complementação de estudos por meio da leitura e análise de trabalhos já realizados por outros autores. Foram selecionados artigos na língua portuguesa e inglesa, com disponibilidade na íntegra, foi utilizado o descritor “asfixia perinatal” combinado com o termo “hipotermia terapêutica”. Foram avaliados 5 artigos na íntegra, os quais abordam a cerca dos benefícios da hipotermia terapêutica em casos de asfixia perinatal. A HT se apresenta como uma terapia neuroprotetora, realizada por meio de um dispositivo adequado o qual deve abranger todo o corpo ou, de forma seletiva, a cabeça. A HT deve ser iniciada em até 6 horas após o nascimento e detecção da hipóxia, sendo realizada por um período de 72 horas, tornando-se necessária a interrupção antes deste período em casos de hipotermia sustentada, reaquecendo de forma gradual o recém-nascido (RN). Há evidências clínicas esta intervenção melhora o desfecho neurológico e hemodinâmico do paciente, por assim reduzindo a mortalidade por hipoxia perinatal. Evidenciou-se, com base nos estudos, que a hipotermia terapêutica apresentou desfecho positivo no tratamento de agravos da asfixia perinatal.

Comentador: MARCELA DAMÁSIO R CASTRO e MARIA ANGELA SARAIVA

PC-64 - BENEFÍCIOS DO USO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA PARA O TREINAMENTO DA REANIMAÇÃO NEONATAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

GIOVANNA NEVES CARTAGENA MIRANDA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), ANDRESSA BORGES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), IRIS TERESA LACERDA ANDRADE DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), IZADORA ROSA REINOSO (UNIVERSIDADE ANHANGUERA- UNIDERP), ISABELLE CLOSS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), JULIANA SILVA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), NATÁLIA ARAÚJO BARRETO (UNIVERSIDADE TIRADENTES-UNIT), DRA. CATARINA AMORIM BACCARINI PIRES (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA) SAO PAULO /SP

O sucesso na reanimação de recém-nascidos é vital para garantir a sobrevivência. Assim, a simulação realística assume um papel importante na introdução e fortalecimento de práticas que aprimoram o trabalho em equipe. Realizar uma revisão bibliográfica acerca do uso da simulação realística na melhoria das habilidades de reanimação neonatal. Revisão sistemática de literatura, com descritores realistic simulation AND neonatal resuscitation nas bases de dados PUBMED, Lilacs, Scielo e BVS encontrando 43 artigos. Retirando as duplicatas e aplicando os critérios de inclusão: textos completos em português, inglês e espanhol, nos últimos 10 anos, selecionamos 11 artigos. Estudos recentes têm demonstrado que a eficácia da aprendizagem está diretamente correlacionada à experiência de simulação quando esta é realista e imersiva. Através dessa revisão, observou-se que a utilização de simulações realísticas para o treinamento em ressuscitação neonatal, punção intraóssea e acesso venoso umbilical tem contribuído

de forma significativa em várias nações, incluindo Brasil, Alemanha, Itália, México e Canadá. Essas simulações foram destinadas a equipes compostas por estudantes da área da saúde, médicos, residentes e enfermeiras, proporcionando a prática de procedimentos específicos, desse modo reduzindo potenciais danos em pacientes futuros.

Para otimizar a aquisição de conhecimento e garantir uma progressão linear na competência dos profissionais, diversos pontos cruciais foram identificados como: treinamento em equipe, estudo de casos clínicos, checklists de exame clínico estruturado objetivo (OSCE), treinamentos prévios, a disponibilidade de simulações de alta qualidade, realidade virtual 2D e 3D, o uso de manequins com monitorização integrada, criação de roteiros, bem como a implementação de programas de educação continuada com revisões em aulas pós-simulação.

Dessa forma, é essencial que as simulações realísticas proporcionem aos profissionais a oportunidade de aprender e praticar habilidades essenciais para salvar vidas em um ambiente controlado e seguro. Ao enfrentarem situações simuladas que refletem a realidade clínica, os profissionais e estudantes podem reduzir o estresse associado à prática futura e, conseqüentemente, aumentar a segurança e eficácia dos cuidados prestados aos pacientes. Mediante esses resultados, a simulação apresenta importante papel, como estratégia para simular a realidade em cenário clínico, com o objetivo de demonstrar técnicas, ajudar na tomada de decisões e proporcionar a crítica das ações ocorridas no ambiente simulado, com objetivo de eficácia na reanimação. Portanto, as instituições de saúde e os programas de formação podem incorporar essa metodologia em seus currículos de treinamento. Investir em simulação realística não só fortalece a competência clínica dos profissionais, ademais contribui para a segurança, sobrevivência e o bem-estar dos pacientes neonatais, promovendo a excelência na assistência de cuidados de saúde.

Comentador: MARYNEA SILVA DO VALE e
TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-65 - IMPACTO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NA ENCEFALOPATIA HIPÓXICA-ISQUÊMICA

LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), DÉBORA CRISTINA FONTES LEITE (UNIT)
ARACAJU/SE

A hipotermia terapêutica é o único tratamento com eficácia comprovada para encefalopatia hipóxica-isquêmica, síndrome de disfunção do sistema nervoso central que ocorre no neonato. Portanto deve-se analisar seu impacto nos recém-nascidos. Avaliar o impacto da hipotermia terapêutica no contexto da EHI. Revisão literária realizada através do levantamento na base de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e Uptodate, com os descritores (DeCS): “Encefalopatia Hipóxica-Isquêmica” AND “Hipotermia”.

Foram incluídos 07 artigos publicados nos últimos 5 anos. A Hipotermia Terapêutica (HT) é um procedimento que consiste no resfriamento do recém-nascido (RN) para uma temperatura retal entre 33 a 35°C, iniciando nas primeiras 6 horas de vida e mantido por até 72 horas, visando melhorar os desfechos neurológicos em pacientes com encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI). Estudos demonstraram que a HT é um método seguro e que sua disponibilidade generalizada é crucial. Isso se deve ao seu papel na redução significativa da lesão cerebral, da mortalidade e do risco de paralisia cerebral, além das deficiências motoras e cognitivas, tanto quando aplicada como resfriamento de corpo inteiro quanto seletivo da cabeça. Porém, o uso da HT está condicionado a uma idade gestacional igual ou superior a 36 semanas e demonstrou ser benéfico apenas em casos moderados a graves de EHI. Alguns estudos ainda relataram potenciais efeitos adversos da HT, como bradicardia sinusal e crises epilêpticas. Desse modo, embora seja uma terapia estabelecida, ainda há necessidade de mais pesquisas sobre o assunto e de uma equipe capacitada para lidar com as possíveis complicações do procedimento. A HT representa uma ferramenta essencial no tratamento da EHI, com um impacto positivo significativo no prognóstico dos pacientes. No entanto, ela possui limitações que fomentam a necessidade de outras terapias neuroprotetoras para a condução eficaz da EHI.

Comentador: MARYNEA SILVA DO VALE e
TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-66 - PRESSÃO POSITIVA CONTÍNUA NAS VIAS AÉREAS (CPAP) PARA BEBÊS COM DIFICULDADE RESPIRATÓRIA OU HIPÓXIA AO NASCER: REVISÃO SISTEMÁTICA

JÚLIA FERREIRA LOPES DE OLIVEIRA (UNIOESTE), CAMILA SCOLARI (UNIOESTE), GABRIELA CARDOSO POSTERARO (UNIOESTE), JÚLIA BORTOLOZZO CAZARI (UNIOESTE), JÚLIA STEFFANELLO ZABOT (UNIOESTE), LINDSEY MIKULSKI ITAHIDES (UNIOESTE), MARIA JULIA TODERO (UNIOESTE), RAFAELA SCHELBAUER (UNIOESTE), PATRICIA TSEN (UNIOESTE), PAULA BUZOLIN HARTMANN (UNIOESTE), PEDRO HENRIQUE TONELLI (UNIOESTE), THAYSE GUESSO CANGUSSÚ (UNIOESTE)
CASCAVEL/PR

A dificuldade respiratória e a hipóxia afetam a saúde e o bem-estar de neonatos. A pressão positiva contínua nas vias aéreas (nCPAP) emerge como intervenção terapêutica de suporte respiratório não invasivo para bebês prematuros e a termo. O objetivo deste estudo é comparar a eficácia clínica e segurança do nCPAP (pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas) com o BiPAP (pressão positiva de dois níveis nas vias aéreas) e o HHFNC (cânula nasal de alto fluxo aquecida e umidificada) para o tratamento inicial de bebês prematuros com dificuldade respiratória e hipóxia. Revisão de literatura por meio de análise de 3 artigos de

ensaios clínicos randomizados consultados pelos bancos de dados Pubmed, SciELO, Lilacs, Cochrane e Medline, utilizando os descritores “continuous positive airway pressure”, “hypoxia” e “newborn”. Estudos relatam que não há evidências que apoiem a não inferioridade do HHFNC (cânula nasal de alto fluxo aquecida e umidificada) em comparação ao nCPAP (pressão positiva contínua nasal nas vias aéreas) como tratamento inicial do desconforto respiratório em prematuros entre 30 e 35 semanas de idade gestacional. Observou-se que nCPAP não é inferior ao BiPAP como tratamento inicial do desconforto respiratório nesses bebês prematuros, podendo ser utilizado como substituto do BiPAP (pressão positiva de dois níveis nas vias aéreas). Além disso, foi demonstrado que em bebês prematuros em oxigenoterapia suplementar, o uso de oxigênio ambiente reduz episódios de hipoxemia intermitente em comparação com a cânula nasal de baixo fluxo, provavelmente por fornecer uma concentração hipofaríngea eficaz mais estável de FiO₂. Diante do exposto, conclui-se que o nCPAP demonstra ser uma opção eficaz e segura como tratamento inicial para bebês prematuros com dificuldade respiratória e hipóxia, destacando também a importância de estratégias de oxigenoterapia eficazes para melhorar os desfechos respiratórios em neonatos prematuros. Esses resultados concluem a importância de considerar o nCPAP no tratamento para bebês prematuros com dificuldades respiratórias, contribuindo para uma melhor gestão clínica e resultados mais favoráveis a longo prazo.

Comentador: MARYNEA SILVA DO VALE e
TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-67 - ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA EM RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: RELATO DE CASO

MARCELA TAVARES MACHADO (UNIT), ARTHUR OLIVEIRA DA CRUZ (UNIT), MARINA FRANCO OLIVEIRA (UNIT), ENZO JANÓLIO CARDOSO SILVA (UNIT), ANA CLARA OLIVEIRA LIMA (UNIT), ANA FLÁVIA ALPIANO DE LACERDA (UNIT), ANA FLÁVIA MENEZES VILANOVA (UNIT), BARBARA CONCEIÇÃO FERREIRA MOURA (UNIT), BEATRIZ AZEVEDO SANTOS (UNIT), ELLEN VICTÓRIA BUTARELLI RODRIGUES (UNIT), FLÁVIA ANDRADE DE JESUS (UNIT), GABRIELLA FIEL ARAGÃO DE OLIVEIRA (UNIT), JÚLIA SILVA COELHO (UNIT), LETÍCIA OURO DOS ANJOS (UNIT), MARIA VICTÓRIA DANTAS BARROS (UNIT), NATÁLIA NÓBREGA OLIVEIRA BENTO (UNIT), IZAILZA MATOS DANTAS LOPES (UNIT) ARACAJU/SE

A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma síndrome diagnosticada quando o tempo para restabelecimento da respiração for maior que 1 minuto após reanimação, pH sanguíneo umbilical < 7,1 e APGAR do 5º minuto < 6. O prognóstico depende da gravidade da hipóxia, idade gestacional e presença de comorbidades, necessitando acompanhamento neurológico e de órgãos alvo. Recém-nascido, sexo masculino, idade gestacional de 35 semanas, APGAR 2/4, sugerindo hipóxia neonatal. Peso ao nascimento 2.345g, estatura 46cm e perímetro cefálico 30cm. Pré-natal com 6 consultas iniciado no 1º mês, sorologias maternas negativas. Nasceu de parto normal, bolsa rota < 18 horas. Permaneceu 28 dias na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com uso de pressão positiva

contínua em vias aéreas por 5 dias e ventilação mecânica por 15. A ultrassonografia transfontanelar demonstrou sinais de hipóxia neonatal e dilatação compensatória do sistema ventricular. Recebeu alta em bom estado geral, respirando adequadamente, mas com déficit de sucção. Em acompanhamento no primeiro ano de vida, apresentou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), reflexos primitivos lentificados e fraqueza muscular em membro superior e inferior à esquerda. Aos 12 meses, reflexos da marcha, preensão palmar e plantar eram presentes, não acompanhava estímulos sonoros e não fixava o olhar. Na ressonância magnética foi evidenciada ectasia do sistema ventricular supratentorial associada a redução volumétrica da substância profunda periventricular e relativo afinamento do corpo caloso. Nas consultas até os 27 meses apresentava reflexo da marcha, atraso na linguagem, irritabilidade associada à tricotilomania e ausência de controle postural. Durante todo o acompanhamento fez uso de fenobarbital 40mg. As condições do parto, prematuridade e pré-natal inadequado são fatores de risco importantes para o desenvolvimento da EHI. Os achados coincidem com sequelas associadas à EHI moderada-grave. Apesar do atraso no DNPM, o envolvimento familiar tem sido fundamental no desenvolvimento psicossocial do paciente, que estabeleceu formas de comunicação e resposta aos estímulos através das terapias, dentre elas a equoterapia. Assim, o acompanhamento multidisciplinar demonstra-se imprescindível, visando identificar e tratar complicações neurológicas e funcionais. Além disso, é essencial fornecer suporte e orientação adequados à família para promover o bem-estar do paciente e melhorar sua qualidade de vida.

Comentador: MARYNEA SILVA DO VALE e
TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-68 - PROCEDIMENTOS DE ESTABILIZAÇÃO E REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE ESCOLA DE RISCO HABITUAL

JOVANNA COUTO CASER ANECHINI (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), ADRIANA AMARAL DIAS (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), JACKELINE FARIA MEIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), RAYANA COSTA BINDA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE), ANDREA LUBE ANTUNES S. T. PEREIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA UNIDADE PRÓ-MATRE) VITÓRIA /ES

A mortalidade neonatal é o maior componente da mortalidade infantil no Brasil. Cerca de 20% desses óbitos ocorrem por asfixia perinatal. Procedimentos para estabilização e reanimação em sala de parto são fundamentais para redução de morbimortalidade. Conhecer os procedimentos de reanimação neonatal praticados em

sala de parto, a fim de fazer um diagnóstico situacional e traçar novas estratégias, se necessário, para adequação do serviço. Dados preliminares de estudo descritivo, transversal, dos procedimentos de estabilização e reanimação em sala de parto de todos os nascidos vivos no período novembro 2023 a março de 2024, obtidos através da revisão de ficha da reanimação neonatal, em maternidade de risco habitual. As recomendações do Programa de Reanimação Neonatal da SBP são utilizadas rotineiramente pelo serviço. Avaliados 981 nascimentos, 49,1% parto cesariana, 50,9% parto vaginal. Foi utilizado touca em 951 (99,9%) dos recém-nascidos (RN), saco plástico em 224 (23,5%), aspiração de vias aéreas em 60 (6,3%) saturímetro em 72 (7,6%), CPAP em 68 (7,1%), VPP com balão autoinflável em 26 (2,7%), VPP com peça T em 30 (3,2%), EOT 3 (0,3%). Em nenhum dos pacientes foi realizado eletrocardiograma, máscara laríngea, massagem cardíaca, adrenalina. As recomendações para controle de temperatura são praticadas rotineiramente em praticamente todos os RN, sendo que o saco plástico é usado também em RN a termo. Dos 49 pacientes que receberam VPP com balão autoinflável e/ou peça em T, 37 (75%) foram monitorizados com saturímetro e nenhum com ECG, o que evidencia os desafios na implementação da monitorização do RN na sala de parto.

Comentador: SILVIA HELOISA M LOFFREDO e
GABRIEL F T VARIANE

PC-69 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS NEONATAIS EVITÁVEIS EM MINAS GERAIS ENTRE 2017 E 2022

LAURA MAYUMI GRAMISCELLI KUWADA (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), VICTOR REIS ROCHA (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), CAMILA DE AGUIAR LIMA FERNANDES (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), LAVINIA DE FÁTIMA BALDIM MARTINS (PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)
CONTAGEM/MG

Os óbitos neonatais são um indicador sensível para avaliar o acesso da população à serviços de saúde, uma vez que uma parcela considerável dos óbitos poderia ser evitada com a melhoria do acesso à saúde. Analisar o perfil epidemiológico

dos óbitos neonatais por causas evitáveis no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2017 e 2022. Estudo epidemiológico, retrospectivo, longitudinal e quantitativo, com coleta de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) entre os anos de 2012 a 2022, utilizando dados de sobre óbitos por causas evitáveis de crianças até 27 dias. Nesse período, foram registrados 12015 óbitos neonatais, dos quais 69,66% poderiam ter sido prevenidos com atenção à mulher na gestação e no parto e ao recém-nascido. Dentre estes componentes, o de maior importância foi atenção adequada a gestação (36,58%). 72,2% das crianças faleceram entre 0 a 6 dias de idade, enquanto o restante tinha entre 7 a 27 dias. O número de óbitos neonatais decaiu de 2128 para 1898 entre os anos analisados, uma queda de aproximadamente 10,8%. Apesar da diminuição de óbitos por causas evitáveis em Minas Gerais, o estado ainda enfrenta dificuldades em prevenir essas mortes. Destaca-se a necessidade de uma maior ênfase ao pré-natal adequado para gestantes, uma vez que esse componente foi o de maior importância neste estudo

Comentador: SILVIA HELOISA M LOFFREDO e
GABRIEL F T VARIANE

PC-70 - BERÇO DE TREINAMENTO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

MARCELO RUPERTO SOUZA DAS CHAGAS (SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DF.)
BRASILIA/DF

A simulação realística é fundamental para os treinamentos em reanimação neonatal. Cursos práticos são realizados fora da sala de parto, em locais com poucos recursos e muitas adaptações. Ademais, é inviável o transporte de unidades de reanimação que são grandes, pesadas e sensíveis ao dano. Relatar a experiência de um instrutor na criação de um modelo de berço para o treinamento em reanimação neonatal com intuito de atender aos cursos do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que simulasse as características do berço aquecido, agregasse os simuladores e cabos dos equipamentos utilizados durante a reanimação e que fosse leve e facilmente transportável.

Foi criado um desenho técnico (DT) com formato de uma caixa tipo “mala” confeccionada em madeira de 6mm composta por duas peças que se adaptassem em “L”: uma caixa propriamente dita e de uma tampa (peça vertical).

Foi elaborado um projeto gráfico em adesivo estampado no interior da tampa com imagens: do calor irradiante, do termômetro, dos equipamentos: oxímetro, cardiomonitor, vacuômetro, ventilador manual em T, fluxômetro de oxigênio, que pudessem ser inseridos controladores reais - móveis ou fixos, para simulação, pontos para os simuladores dos cabos do oxímetro e do cardiomonitor. Após confeccionadas, montadas conforme previsto no DT. O colchão construído em espuma vinílica e os cabos do oxímetro e cardiomonitor em silicone e peças plásticas. O berço mostrou-se adequado para o espaço de acomodação do manequim neonatal, e seu formato criou uma delimitação do espaço em sua volta - cabeceira e laterais, o que não ocorre quando se utilizam mesas ou bancadas. Contempla através de uma ilustração (adesivo), todos os dispositivos médicos, com a possibilidade da simulação e controle de algumas variáveis, reduzindo parte do caráter subjetivo e de interpretações orais. Por se tratar de um produto composto por poucas peças, torna célere a organização do material utilizado pelo instrutor durante e após o curso. O formato e o peso de três quilos facilitam o transporte local e o envio para lugares longínquos. Ainda, devido ao material utilizado, a possibilidade de baixo valor comercial para uma produção em série.

A concepção, as características e as funcionalidades do berço de treinamento neonatal é o resultado de um processo que vislumbra melhorias no treinamento e efetivo ganho de qualidade e produtividade para os objetivos dos cursos de reanimação.

Comentador: SILVIA HELOISA M LOFFREDO e
GABRIEL F T VARIANE

PC-71 - REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA.

PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (FMB/UFBA) / GRUPO NEOCENTRO - HOSPITAL SANTO AMARO), SUELY OLIVEIRA RIBEIRO (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (GRUPO NEOCENTRO/HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), ANA IZABEL LEAL DOS SANTOS LIMA (HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), ANA FLÁVIA VIEIRA ROCHA OLIVEIRA (HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), MARCIA DE AMORIM VIANA (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), MÁRCIA DO EIRADO PEREIRA (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), ANA SUELY DA SILVA VIEIRA (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), MERCIA MARIA GALDINO DE LEMOS (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), IDELANIO BARRETO SAMPAIO (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), PATRÍCIA LOBO MENDES (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), PAULA KARINE CORREIA SANTOS (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), RENATA BAHIA PITANGUEIRA DE MATOS (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), ILANA VITAL DANTAS DE OLIVEIRA (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), FERNANDA FERREIRA POGGIO (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), TAMIRES BARBOSA BEZERRA (GRUPO NEOCENTRO / HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), LIVIA LECI DIAS (GRUPO HOSPITAL SANTO AMARO - FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA)
SALVADOR/BA

Comentador: SILVIA HELOISA M LOFFREDO e
GABRIEL F T VARIANE

PC-72 - ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA SOBRE A REANIMAÇÃO NEONATAL NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO.

DAVID COHEN (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), FERNANDA CAVINATTO PINTO (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), JULIA ALMEIDA SAADI (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ)
CANOAS/RS

A reanimação neonatal é uma intervenção crítica, que busca garantir a sobrevivência e o bem-estar do recém-nascido em emergências. Entretanto, no contexto do setor público, essa prática enfrenta uma série de desafios que podem comprometer sua eficácia, necessitando assim de estudos que analisem e expliquem essas dificuldades contínuas. Analisar as bibliografias desenvolvidas sobre os principais obstáculos enfrentados na realização da reanimação neonatal no setor público brasileiro. Trata-se de uma pesquisa descritiva e bibliográfica, com análise qualitativa. Para fundamentar as informações, além de se utilizar o site da Fiocruz e da Sociedade Brasileira de Pediatria, foi realizado pesquisas em 1 artigo científico obtido pela internet, através da Scielo, em março de 2024, com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): 'Reanimação neonatal' e 'capitais brasileiras' com o conector booleano 'AND', resultando em 1 artigo. Os critérios de inclusão foram: idiomas português e

A Reanimação neonatal em sala de parto é uma das principais estratégias em relação a morbimortalidade no período neonatal. De acordo com o programa de reanimação neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria aproximadamente 10% dos recém-nascidos (RN) a partir de 34 semanas precisam de ventilação com pressão positiva (VPP), 1% de intubação e 0,1% de VPP com massagem cardíaca e/ou drogas. Já os RN com < 1,5 kg até 70% podem precisar de VPP e até 60% de VPP com massagem cardíaca e/ou drogas. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de um serviço de referência no uso das medidas de reanimação neonatal em sala de parto, dos recém-nascidos admitidos na Unidade de Terapia Intensiva neonatal (UTIN) de 2020-2023. No período de 01 de janeiro de 2020 a 31 de dezembro de 2023, nasceram na maternidade 9492 crianças, dessas 1353 (14,3%) internaram na UTIN, e a maioria nascida de parto cesáreo (90%/1219). O perfil das crianças internadas na UTIN foi: 21,2% (287) menores 34 semanas, 28,3% (383) de 34 a 36,6 semanas e 50,5% (683) a partir de 37 semanas. De acordo com peso de nascimento: 4,3% (58) < 1kg, 6,7% (91) de 1-1499kg, 30,8% (417) de 1,5-2499kg, e 58,2% (787) com peso a partir de 2,5kg. Em relação a reanimação neonatal na sala de parto, dos RN admitidos na UTIN: 9,6% (130) fizeram uso de oxigênio, 9% (123) de VPP com balão auto inflável, 53,5% (724) de VPP com ventilador em T, 12% (162) foram intubadas em sala de parto, 0,8% (11) receberam massagem cardíaca e 0,7% (9) receberam adrenalina. 8232. A Reanimação Neonatal bem feita em sala de parto é um dos principais cuidados que podemos oferecer para os nossos recém-nascidos, principalmente para os que internam na UTIN, reduzindo a morbimortalidade neonatal associada as consequências da asfixia perinatal.

não houveram critérios de exclusão, totalizando 1 artigo para análise. O artigo foi submetido à leitura do título e resumo para verificar a presença de elementos que pudessem auxiliar na compreensão da temática estudada, seguido pela leitura completa do artigo selecionado. Saliante-se que o presente estudo foi desenvolvido conforme os preceitos éticos e legais propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A análise revelou que a reanimação neonatal no setor público brasileiro enfrenta desafios significativos. A precariedade dos equipamentos e infraestrutura é evidente, com falta de ventiladores, incubadoras e outros dispositivos essenciais, comprometendo a qualidade do atendimento. Adicionalmente, foi identificada uma deficiência na capacitação e treinamento dos profissionais de saúde, que muitas vezes não recebem formação adequada para lidar com emergências neonatais. Esses achados ressaltam a necessidade urgente de investimento e aprimoramento na estrutura e capacitação para garantir uma reanimação neonatal eficaz no setor público brasileiro. A assistência ao recém-nascido ao nascimento desempenha um papel crucial no sistema de saúde pública, especialmente diante da predominância de partos hospitalares. Contudo, enfrenta desafios que podem comprometer sua eficácia, como a escassez de equipamentos e infraestrutura adequados, bem como a carência de capacitação dos profissionais de saúde. Para melhorar a qualidade dos cuidados neonatais, é fundamental investir em treinamento e infraestrutura especializados, visando aprimorar os resultados em âmbito nacional.

PC-73 - ANÁLISE QUALITATIVA DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

DAVID COHEN (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), PAULO FERNANDO KATSUO OGATHA ITO (ANHANGUERA - UNIDERP), HADASSA LUCENA SALES SANTOS (UNIVERSIDADE CEUMA), ANAILDA FONTENELE VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ) CANOAS/RS

A assistência perinatal visa reduzir a mortalidade infantil e promover melhor qualidade de vida ao recém-nascido. Tem significância no sistema de saúde pública, devido à vulnerabilidade neonatal e à alta taxa de partos hospitalares. Todavia, enfrenta desafios que podem comprometer sua eficácia, exigindo uma análise detalhada para entender os fatores qualitativos. Analisar as bibliografias disponíveis sobre os principais desafios da assistência ao recém nascido na saúde pública brasileira. Trata-se de uma pesquisa descritiva e bibliográfica, com análise qualitativa. Para fundamentar as informações, além de se utilizar um guia do Ministério da Saúde, foram realizadas pesquisas em artigos científicos obtidos pela internet, através da Scielo, em março de 2024, com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): 'Assistência perinatal' e 'Brasil' com o conector booleano 'AND', resultando em 76 artigos. Os critérios de inclusão foram: idiomas português, inglês e espanhol, os critérios de exclusão foram: artigos repetidos e que não se enquadrassem no escopo do estudo, totalizando 3 artigos para análise. Cada artigo foi submetido à leitura do

título e resumo para verificar a presença de elementos que pudessem auxiliar na compreensão da temática estudada, seguido pela leitura completa dos artigos selecionados. Salienta-se que o presente estudo foi desenvolvido conforme os preceitos éticos e legais propostos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). A partir do presente estudo, pode-se revelar que a assistência perinatal no setor público enfrenta desafios significativos, destacando-se a inconsistência da sistematização da assistência entre diferentes nosocomios e as intervenções desnecessárias prejudiciais à interação mãe e neonato. Práticas julgadas inadequadas, como a utilização de oxigênio na sala de parto e aspiração de vias aéreas e gástricas desnecessariamente, ainda foram muito empregadas e outras consideradas como boas práticas ainda não foram incorporadas. Uma observação muito importante a ser analisada é a de que quanto maior o poder aquisitivo do indivíduo, mais práticas não recomendáveis ocorrem consequentemente no momento do parto, como a utilização de incubadoras ao invés do primeiro contato mãe-bebe prolongado. O tipo de parto também contribui significativamente para a separação entre o neonato e a mãe, pois o parto vaginal demonstrou efeito protetor ao recém-nascido, contribuindo para o aleitamento materno na primeira hora de vida. A assistência perinatal no setor público brasileiro enfrenta desafios significativos, como inconsistências na aplicação de práticas recomendadas e disparidades na qualidade do atendimento. Sendo assim, é essencial investir em educação, treinamento de profissionais e padronização de protocolos para garantir uma assistência integrativa e equitativa, para garantir que todos os recém-nascidos recebam a devida atenção desde o nascimento.

PC-74 - IMPLANTAÇÃO DE UMA EQUIPE DE NEONATOLOGIA EM CENTRO OBSTÉTRICO, SEGUNDO A ÓTICA DE PROFISSIONAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GEISA GABRIELLA RODRIGUES DE OLIVEIRA (HUPAA/UFAL), AMÉLIA CECÍLIA RODRIGUES DE OLIVEIRA (SESAU), CÁTIA BARROS LISBOA (HUPAA/UFAL), ROSE KATIANE M. DOS SANTOS (HUPAA/UFAL), ANNE LAURA COSTA FERREIRA (HUPAA/UFAL), DIÓGENA FELISMINO LISBOA (HUPAA/UFAL), MARCELLE CRISTINE R. BATISTA (HUPAA/UFAL), MELLINA GAZZANELO G.C. MONTENEGRO (HUPAA/UFAL), MILIANA FERREIRA DE M. FRANÇA (HUPAA/UFAL), ELISÂNGELA CRISTINA A. DE SOUSA (HUPAA/UFAL) MACEIÓ/AL

No Brasil, estima-se que, a cada ano, cerca de 500.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, o que torna primordial a presença de profissionais de saúde treinados para recepcionar o recém-nascido (RN), ajudando-o na transição ao ambiente extrauterino e, quando necessário, realizando a reanimação neonatal.

O parto de baixo risco também pode resultar no nascimento de um RN que precise de manobras de reanimação e, por isso, recomenda-se que uma equipe apta a realizar procedimentos da reanimação neonatal esteja disponível em cada nascimento. Para a realização de boas práticas no cuidado, sobretudo no minuto de ouro, é crucial dispor de profissionais com expertise. Relatar a experiência de profissionais que participaram da implantação de uma equipe de Neonatologia no Centro Obstétrico (CO) de uma maternidade de referência para partos de alto risco. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado no período de janeiro

a março de 2024. As participantes foram profissionais (enfermeiras e neonatologistas) que acompanharam o processo de implantação da equipe no serviço. Diante da superlotação da Unidade Neonatal, há momentos em que RNs permanecem internados na sala de parto, enquanto aguardam transferência, e seus cuidados ficam sob a responsabilidade da equipe da Obstetrícia. Analisando dados do monitoramento Qualineo, percebeu-se a necessidade de qualificar o cuidado a esses bebês.

Como estratégia de melhoria, foi implantada uma equipe de Neonatologia em sala de parto, composta, inicialmente por um pediatra por turno, e por 2 enfermeiras nos turnos da manhã e da tarde. Esta equipe, além de assistir os RNs ao nascer, é responsável pelos cuidados prestados a esse público durante a internação na sala de parto, também, realiza o transporte neonatal intra-hospitalar, viabiliza a construção de fluxos e protocolos assistenciais, realiza treinamentos com a equipe e protege e apoia o aleitamento materno, com ênfase na hora de ouro.

Nessa proposta, o principal desafio tem sido sensibilizar os profissionais acerca da necessidade de mudança de práticas inadequadas e adesão às evidências científicas atuais.

Um potencial para a equipe tem sido o apoio constante da gestão hospitalar, por meio das direções médica e de enfermagem. Com a realização deste estudo, foi possível perceber que, a reestruturação do serviço e a assistência neonatal qualificada têm impactado positivamente na evolução clínica dos RNs, por meio da redução da taxa de hipotermia, redução de admissão na Unidade Neonatal, melhora no acolhimento às famílias e apoio ao aleitamento materno (amamentação ainda em sala de parto).

Como em todo processo que envolve mudança de práticas, há indivíduos apoiadores e os opositores, os quais dificultam o alcance do objetivo. Contudo, acredita-se na superação dos desafios e alcance do sucesso através de práticas educativas, fortalecimento da equipe e ênfase nas práticas baseadas em evidência científica.

Comentador: CHEUNG HEI LEE RUSSO e LUCIA LAGO GONZALEZ

PC-75 - PROGRESSÃO DAS DIRETRIZES E TÉCNICAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL NAS PRINCIPAIS CIDADES DO BRASIL

GABRIELLA CUNHA NOVAES SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE SANTO AMARO) SAO PAULO/SP

No pós parto imediato, o recém-nascido (RN) está sujeito a diversas situações que comprometem a respiração e/ou circulação sanguínea. Nessas condições, os profissionais da saúde necessitam agir de forma rápida e padronizada, sendo necessários protocolos específicos para reanimação neonatal. Esta, é um conjunto de procedimentos multidisciplinares baseados em manobras de ventilação pulmonar e compressões torácicas, as quais devem ser devidamente ensinadas e promovidas. Elas são essenciais para aumentar a chance de sobrevivência e minimizar possíveis sequelas no bebê. Analisar artigos científicos referentes a técnicas de reanimação neonatal, comparando cronologicamente as mudanças efetivas destas entre as principais maternidades brasileiras. Trata-se de uma revisão literária baseada em dados de artigos originais das plataformas Scielo e Pubmed, nos idiomas inglês e português, como delimitação temporal das publicações entre os anos 2000 e 2023. Este estudo aborda a análise de diferentes diretrizes relacionadas à reanimação neonatal, considerando parâmetros como algoritmo de reanimação, manejo de vias aéreas, monitoramento e avaliação, gestão de fluidos e medicamentos, abordagem multidisciplinar,

considerações éticas e cuidados com o paciente. Foi considerada a região e as instituições envolvidas na elaboração das diretrizes para minimizar comparações improdutivas. As primeiras normas brasileiras relacionadas a reanimação neonatal foram criadas com base nas diretrizes propostas pela American Heart Association (AHA) e American Academy of Pediatric (AAP). Em 2022, após sucessivas atualizações, foi divulgada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a diretriz mais recente. Nela, foram adicionadas recomendações sobre o manejo, monitoramento contínuo e uso de surfactante exógeno, demonstrando o caráter mais inovador adquirido com o tempo. Ademais, em pesquisas realizadas em 2005, foi evidenciado que o ensino de reanimação do Brasil, além de não contemplar todos os profissionais e estudantes, também era arbitrário quanto as formas de treinamento. (ALMEIDA, 2005) Formando profissionais incapacitados e inexperientes quanto a casos de maior complexidade. Também foram analisadas novas medidas de prevenção para RN pré-termo de muito baixo peso, e o uso de corticoterapia antenatal. Sendo constatada uma redução de hipertermias, melhora na mediana da temperatura e, principalmente, redução na necessidade de reanimação em sala de parto. Nos últimos anos, houve significativa evolução na reanimação neonatal no Brasil por meio da implementação de propostas de prevenção e atualização das diretrizes existentes. Apesar dos bons resultados, é importante destacar que a abordagem de ensino e as diretrizes atuais ainda não abrangem adequadamente alguns casos de maior complexidade. Portanto, é necessário realizar atualizações periódicas para garantir a incorporação de inovações científicas e promoção de um excelente trabalho multidisciplinar na sala de parto.

Comentador: CHEUNG HEI LEE RUSSO e LUCIA LAGO GONZALEZ

PC-76 - CRITÉRIOS PARA INTERRUÇÃO DA RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PACIENTES NEONATOS

MARIA FERNANDA ABRITTA MARIQUITO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARIANA GODOY-LEITE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARIA JULIA REZENDE COSTA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), RAFAEL COSTA PINTO DE CAMPOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), TIAGO GUEDES DE OLIVEIRA VIANA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS) BELO HORIZONTE/MG

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em neonatos é crucial para reverter paradas cardíacas e/ou respiratórias (PCR) após o nascimento. Embora a ocorrência de PCR em recém-nascidos (RN) seja rara, pode ocasionar desfechos graves. Portanto, compreender os protocolos da RCP em neonatos é crucial para a promoção de decisões éticas e clínicas fundamentadas. Compreender como tanto a realização quanto a interrupção da RCP devem ser criteriosas e bem protocoladas a fim de evitar procedimentos iatrogênicos. Foi realizada uma pesquisa descritiva nas bases de dados PubMed, UpToDate e Scielo, utilizando os descritores “Ressuscitação cardiopulmonar”, “Interrupção” e “Neonatos”. Após análise, foram incluídos 9 artigos, em português e inglês adequados aos objetivos da pesquisa. A RCP neonatal não é consenso universal, pois existem modelos assistenciais diferentes pelos continentes. No caso da América Latina

nota-se maior intervenção e suporte intensivo, sem limitação de esforços, diferentemente do que é preconizado na América do Norte ou Europa. O RN é dotado de grandes peculiaridades em relação à idade gestacional, o que dificulta ainda mais o estabelecimento de protocolos assistenciais, uma vez que prematuros extremos estão sujeitos à maior risco de morte, maiores e piores sequelas neurológicas. Sendo assim, é importante analisar criteriosamente o risco-benefício de uma intervenção na PCR. No caso de neonatos com mais de 34 semanas o APGAR mostra-se um importante marcador de decisão médica: para aqueles que o APGAR for zero aos 20 minutos, com frequência cardíaca indetectável, a interrupção da reanimação é sugerida. Contudo, se tal situação se der em locais com recursos limitados, sugere-se a interrupção da assistência ventilatória em RNs com ausência de respiração espontânea ou pontuações de Apgar de 1 a 3 aos 20 minutos, mesmo se houver frequência cardíaca detectável. A literatura nos mostra que a falta de consenso acerca de até quando deve-se investir ou sobre quais seriam as sequelas permissíveis dificulta a decisão médica. Por isso a importância de maiores estudos sobre o assunto, com análises longitudinais dos pacientes e seus desfechos, além do estabelecimento de protocolos assistenciais dos serviços de saúde, a fim de guiar intervenções seguras, éticas e respaldadas em evidências. Apesar dos artigos destacarem parâmetros utilizados para decidir quando interromper a reanimação, é nítida a necessidade de protocolização de condutas, a fim de guiar intervenções seguras, éticas e respaldadas em evidências pelos profissionais. Ademais destaca-se a importância de se respeitar as variações regionais e de promover a decisão compartilhada com os familiares durante este processo.

Comentador: GLADYS GRIPP BICALHO e
CRISTINA G CARVALHEIRO

PC-77 - ENCEFALOPATIA HIPÓXICA-ISQUÊMICA EM CASOS DE ASFIXIA PERINATAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

AMANDA ALTENBURGER NEUHAUSER (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATO BRANCO - UNIDEP), MARIA EDUARDA FELHBERG CRAVEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATO BRANCO - UNIDEP), EMYLLE MARLENE SOLIGO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE)
TREZE TÍLIAS/SC

A asfixia perinatal é decorrente da falha do sistema de trocas gasosas, sendo evidenciada por critérios como: APGAR menor que 3 no 5º minuto de vida, acidose metabólica, manifestações neurológicas neonatais, disfunção de órgãos. Dentre as manifestações neurológicas, encontra-se a encefalopatia hipóxica-isquêmica (EHI). Identificar a encefalopatia hipóxica-isquêmica como uma das principais

consequências neurológicas da asfixia perinatal. Revisão integrativa de literatura realizada através de buscas em bases de dados de artigos na língua portuguesa e inglesa, com disponibilidade na íntegra gratuita, que contemplassem os descritores “asfixia perinatal”, “complicações neurológicas” e encefalopatia hipóxica-isquêmica”. Através do levantamento, foram selecionados 3 artigos os quais apontam a encefalopatia hipóxica-isquêmica como uma das principais complicações da asfixia perinatal. Esta patologia apresenta diferentes estágios, sendo eles: estágio 1, com manifestações clínicas mais brandas, estágio 2, apresenta letargia e outras repercussões clínicas de moderada intensidade, e estágio 3, caracterizado por torpor ou coma e manifestações clínicas de maior gravidade. O prognóstico está intimamente ligado ao estágio que o paciente se encontra, pertencendo ao estágio 3 o pior prognóstico, relacionado a maior mortalidade. A EHI conta com diversas opções terapêuticas, as quais são empregadas mediante a gravidade e a disponibilidade no serviço. Demonstrou-se, através dos estudos que a encefalopatia hipóxica-isquêmica é uma das principais complicações da asfixia perinatal.

Comentador: GLADYS GRIPP BICALHO e
CRISTINA G CARVALHEIRO

PC-78 - BEBÊ GIGANTE PARA A IDADE GESTACIONAL E A REANIMAÇÃO NEONATAL QUE EVOLUIU PARA DIFERENTES CORES

JÉSSICA PAES DE SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), KAREN CHRISTINE DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), FERNANDA VIEIRA ROSAN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), JOSÉ ROBERTO LUTTI FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), JULIANA AZEVEDO RAPHAEL LEITE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), JÚLIA MARIA DE MESQUITA VILELA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SÃO FRANCISCO), FELIPE PAES DE SOUZA (HOSPITAL AMHEMED)
SOROCABA/SP

O fenômeno de Arlequim (FA) é uma afecção transitória descrita como eritema do hemicorpo e/ou hemiface em decorrência da atenuação homolateral da ação

vasoconstritora simpática. É um achado incomum no período neonatal e não acarreta dano ao RN (recém-nascido). RN, pré-termo, APGAR 6/8, macrossômico com hipoglicemia e desconforto respiratório recebeu duas VPP (Ventilação por Pressão Positiva) em sala de parto, com melhora do drive respiratório ficando estável com a CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas). Ao exame físico, apresentou pele e mucosas vívidas, íntegras e sem alterações na coloração na admissão da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal. Após 18 horas de UTI evoluiu com hemicorpo esquerdo ruborizado, associado a hipertermia, de resolução espontânea e rápida. Além disso, apresentou hidropisia com remissão completa em dois dias. A disautonomia simpática por imaturidade hipotalâmica do tônus vascular periférico é a principal causa do FA, que é um acometimento benigno e não necessita de medidas preventivas. Assim, deve-se excluir causas orgânicas e considerar uma disfunção autonômica de origem central ou periférica. As intercorrências do RN pós reanimação neonatal devem ser investigadas individualmente, diferenciando se é ou não uma manifestação nociva

Comentador: GLADYS GRIPP BICALHO e
CRISTINA G CARVALHEIRO

PC-79 - TEORIA E PRÁTICA DA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CAPACITAÇÃO DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ANTÔNIO OLIVEIRA DA SILVA FILHO (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), GIOVANNA BEATRIZ VILELA SAMPAIO (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), LETÍCIA HELLEN MARQUES GALINDO (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), JEFFERSON DE OLIVEIRA PEIXOTO (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), MARIANA ALMEIDA CRESPO DE MATOS (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), NATHALYA LUANA DANTAS SOUZA (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), LETÍCIA SILVA DE JESUS (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), PEDRO CESAR AMORIM (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), EVELINE TENÓRIO RÉGIS MAGALHÃES (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), CERES JAMILLE ARAÚJO DOS SANTOS (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS), FELIPE DE MELO SOUZA (AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE GARANHUNS/PE

A reanimação neonatal representa um marco crítico na assistência médica perinatal, sendo necessário, portanto, a preparação dos estudantes e profissionais de saúde para lidar com esse tipo de situação na prática profissional. O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência da promoção de um curso de capacitação para estudantes

e profissionais da área da saúde sobre os procedimentos de reanimação, abrangendo desde recém-nascidos pré-termo até pós-termo. A capacitação teve como público alvo os profissionais da saúde, contando principalmente com a presença de enfermeiros, estudantes de enfermagem e medicina, com duração de 20 horas, com uma média de 30 alunos. Na primeira etapa do curso, foi abordado de forma teórica, cuidados na sala de parto até os primeiros meses de vida, abrangendo assuntos como exame físico do recém-nascido, reanimação neonatal, amamentação, desenvolvimento neuropsicomotor, alimentação no primeiro ano de vida, suplementação vitamínica, vacinas e exames laboratoriais. Já na etapa prática, os participantes puderam simular como feita a prática de assistência ao recém-nascido em sala de parto, bem como as manobras de reanimação neonatal. Uma característica relevante do curso é a capacidade do aluno de correlacionar de forma eficaz os conteúdos teóricos com a prática. A experiência adquirida na capacitação permite a aplicação teórico-prática de forma ágil, eficaz e segura em situações reais de atendimento ao recém-nascido, como também aprimora habilidades e desenvolve competências necessárias para enfrentar desafios críticos e complexos no ambiente obstétrico. O domínio do protocolo de reanimação neonatal traça a diferença entre a vida e a morte para os neonatos, reforçando a importância vital desse treinamento na prática médica e multiprofissional. Diante do exposto, torna-se evidente a importância dos estudantes e profissionais de saúde estarem preparados e qualificados para a realização dessa conduta. Dessa forma, a capacitação teórico-prática fornece atualizações sobre a temática e propicia a correlação do conhecimento teórico com a prática profissional.

Comentador: GLADYS GRIPP BICALHO e
CRISTINA G CARVALHEIRO

PC-80 - ASFIXIA PERINATAL PRESENTE EM CASOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

ALINE FREITAS MATEUS (UFTM), ANE GRAZIELA FERREIRA ANDRADE (UFTM), RAFAELLA LUIZA PERALTA E SILVA (UFTM) UBERABA/MG

A asfixia perinatal (AP) é uma medida sensível da qualidade de assistência prestada no período perinatal, tanto à gestante quanto ao recém-nascido, com alto potencial de prevenção de óbito por meio de diagnóstico e tratamento precoces. A AP é uma condição clínico-neurológica causada pelo comprometimento da oxigenação e da perfusão tecidual, com consequente hipóxia, isquemia e comprometimento de órgãos no periparto, ao nascimento e nos primeiros minutos de vida. Descrever o atual panorama de casos de asfixia perinatal em uma UTI. Aqui são descritos três casos atuais em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal com total de vinte leitos. Trata-se de pacientes nascidos a termo, de parto

vaginal, filhos de mães primíparas com pré-natal adequado e de risco habitual sem intercorrências (sorologias adequadas e ultrassons dentro da normalidade), adequados para idade gestacional (AIG). Todos nasceram hipotônicos, sem choro e sem resposta com ciclos de VPP, sendo necessária intubação orotraqueal para assumir drive respiratório na sala de parto. Um dos casos teve líquido amniótico meconiado, outro teve período expulsivo prolongado. Evoluíram com crises convulsivas, alteração em exames de imagem (encefalopatia hipóxica, isquêmica, edema cerebral difuso). Atualmente estão com dois anos de idade, quatro meses e três meses. Dois necessitam de ventilação mecânica via traqueostomia e o outro conseguiu permanecer em ar ambiente, mas com disfagia importante e movimentos incoordenados. A AP está associada a desfechos desfavoráveis em curto prazo, como morte neonatal e disfunção múltipla de órgãos e, em longo prazo, a desfechos, como sequelas neurológicas e do desenvolvimento, muitas delas, incapacitantes e com repercussões importantes na qualidade de vida. Portanto, cabe aos profissionais de saúde, a existência de treinamentos e boa condução desde o pré-natal para assistência adequada periparto visando melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares.

Comentador: GLADYS GRIPP BICALHO e
CRISTINA G CARVALHEIRO

PC-81 - A REANIMAÇÃO NEONATAL NA SÍNDROME DE PATAU

*WELLINGTON LUIZ RODRIGUES MAGALHAES (HOSPITAL SAO JOSE DO HAVAI), ANALICE SOARES MAGALHAES (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU - CAMPUS V), JÚLIA MARÇAL ASSIS (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU - CAMPUS V), CARLOS EDUARDO SOARES MAGALHAES (UNIVERSIDADE NOVA IGUAÇU - CAMPUS V)
ITAPERUNA/RJ*

Embora incomum, a deleção genética Síndrome de Patau é um distúrbio autossômico bem determinado e compatível com sobrevivência pós-natal, justificando-se o presente estudo em retratar clínica severa e de comprometimentos em órgãos essenciais. RN de J.L.G, sexo masculino, admitido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal logo após nascimento, de parto vaginal, após 35 semanas e 1 dia, com presença de líquido amniótico claro com grumos. Apgar 2/8, tendo sido realizado manobras de reanimação com ventilação por pressão positiva com balão e máscara. Intubado após várias tentativas na sala de parto. Em se tratando dos dados gestacionais, nulípara aos 17 anos, com 06 consultas de pré-natal e 01 rotina incompleta registrada. Neonato apresentando testículo não palpável à esquerda,

dedos extra numéricos em mãos e pés bilateralmente, fronte alargada e fâcies sindrômicas e ausculta com sopro sistólico 3+/6+. Prematuro, artéria umbilical única, displasia tricúspide com insuficiência discreta, forame oval pérvio, canal arterial patente, enoftalmia e microftalmia bilateral. Apresenta sepse presumível, evoluindo com crises convulsivas. Confirmado o diagnóstico após a realização do cariótipo com a cromossomopatia. Trissomia do 13, de fenótipo nitidamente marcante, possui seu diagnóstico confirmado após cariótipo fetal, apresentando comumente anomalias evidentes ao exame físico, constituindo padrão característico de malformações congênitas, como comprometimento no sistema nervoso central, cardíaco, circulatório e urogenital. É a terceira trissomia autossômica mais comum ao nascimento, estando associada à uma alta mortalidade no primeiro mês de vida. A tríade clínica de sinais como fendas orofaciais, microftalmia e/ou anoftalmia e polidactilia pós-axial de membros é comum em 70% dos casos, assim como alterações ultrassonográficas. Dessa forma, tal caso elucida a importância do diagnóstico precoce e de um trabalho multidisciplinar coletivo e coordenado, a fim de um acolhimento maior aos familiares, otimizando a assistência biopsicossocial, possibilitando esclarecimento sobre a doença e a saúde fetal, e de igual modo melhor preparação durante gestação, com indicação de aconselhamento genético, evitando-se assim, futuras complicações decorrentes da patologia.

INFORMAÇÕES GERAIS

● LOCAL DO EVENTO

Centro de Convenções FREI CANECA | 5º ANDAR

Rua Frei Caneca, 569, Consolação - CEP 01307-001- São Paulo/ SP

Não haverá transfer Inter hotéis

● REUNIÃO COM OS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

30 de maio de 2024 das 18:00 às 19:00 (quinta-feira)

● SECRETARIA LOCAL - para retirada de material e novas inscrições

30 de maio das 07:00 às 18:00

31 de maio das 07:00 às 18:00

01 de junho das 08:00 às 12:00

● PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

O E-book do Programa Científico e Anais do Simpósio está disponível no site do Simpósio, **baixe o arquivo no seu celular para acompanhar a programação**. Não haverá programa impresso.

● CRACHÁS

Todo participante receberá um crachá pessoal e intransferível.

Seu **USO É OBRIGATÓRIO** em todas as dependências do Simpósio, inclusive na área de Exposição.

Para emissão de segunda via haverá um custo de R\$ 50,00 e a solicitação deverá ser feita na Secretaria do evento.

● VISITANTES/ACOMPANHANTES

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

● TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

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

● VISITA AOS PÔSTERES COMENTADOS

Dia 31 de maio de 2024

Horário 13:20 - 14:20 – na Sessão de Pôsteres Comentados.

● CERTIFICADOS

Estarão disponíveis para download e impressão no site do simpósio: www.simposioreanimacao2024.com.br, 5 dias após o evento.

● ESTACIONAMENTO

O estacionamento no local é operado por um serviço terceirizado pelo Shopping Frei Caneca.

● RESTAURANTE

O Shopping conta com bons restaurantes e várias opções.

PRAÇA DE ALIMENTAÇÃO: localizada no 2º andar

PRAÇA DE RESTAURANTES: localizada no 3º andar

● ACHADOS E PERDIDOS

Ficarão disponibilizados na Secretaria os objetos perdidos e achados.

● ATENDIMENTO MÉDICO

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

PATROCINADORES

OURO



PRATA



APOIO



INSTITUTO
Protegendo Cérebros
Salvando Futuros

ESTE EVENTO RECEBEU PATROCÍNIO DE EMPRESAS PRIVADAS,
EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 11.265, DE 3 DE JANEIRO DE 2006.

