

P-097 - DESEMPENHO DOS PACIENTES FILHOS DE MÃES DIABÉTICAS NA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Vanessa Ferrari Wallau¹, Catarine Signori², Tania Ferrari Wallau², Tainara M. Weich Wagner², Samantha Z. B. Soares³, Paulo J. H. Nader¹, Amanda Milman Magdaleno³

¹ULBRA, ²PRÓAUDI, ³UCS

Objetivo: O trabalho tem como objetivo analisar o desempenho de filhos de mães diabéticas na triagem auditiva neonatal, comparando com os resultados dos neonatos com e sem indicadores de risco para perda auditiva. **Metodologia:** Coorte retrospectiva que estudou recém-nascidos da microrregião noroeste do Rio Grande do Sul que realizaram a TAN pelo SUS entre junho de 2011 e junho de 2016. Os dados foram coletados do Livro de Registros da TAN e prontuários eletônicos e analisados pelo software SPSS versão 22.0. O número de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética e Pesquisa é 69493917.0.0000.5349. **Resultados:** Foram estudados 3.998 pacientes, sendo 50,9 do sexo masculino. A média de idade no primeiro exame foi 28,5 dias. Observou-se 13,2 dos pacientes com indicadores de risco para deficiência auditiva (IRDA), sendo prematuridade, internação em UTI neonatal e história familiar de perda auditiva os mais prevalentes. Já o índice de filhos de mães diabéticas foi 2,9. Ao comparar o desempenho na triagem, vemos que os neonatos sem IRDA falharam 2,6 no primeiro teste com omissão, 19,3 no reteste com omissão e 10,7 no potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE). Os pacientes com IRDA falharam 8,5 no primeiro teste, 10,5 no reteste e 11 no PEATE. Já os filhos de mães diabéticas apresentaram falha no primeiro exame de 7, 14 no reteste e 25 no PEATE. Dos 22 pacientes encaminhados ao serviço de alta complexidade para avaliação complementar, 4,5 eram filhos de mães diabéticas, mas nenhum obteve confirmação diagnóstica de perda auditiva. **Conclusão:** Os filhos de mães diabéticas apresentaram taxa de falha similar aos pacientes com IRDA no primeiro exame e taxas superiores de falha no reteste e PEATE. Porém, não houve confirmação de perda auditiva em filhos de mãe diabética.

P-098 - PESO DO NASCIMENTO E DA PRIMEIRA CONSULTA: COMPARAÇÃO ENTRE OS SEXOS

Marilian Bastiani Benetti¹, Rodolfo Martins Hernandez¹, Simone Nicolini de Simoni², Willian Ezequiel Cortti¹, Klaus Omizzolo Giacomini¹, Mariana Meggiolaro Coppetti¹, Romulo Silveira Lang¹, Gabriela Bianca Frizzo¹, Cassio Budel¹, Alexandre Simon¹

¹UFN, ²UFMS

Objetivo: Comparar a relação do sexo do recém-nascido (RN) com o peso ao nascer (PN) e o peso na primeira consulta (PC). **Metodologia:** Estudo retrospectivo, com consulta em banco de dados e análise de prontuários de 112 RNs, os quais realizaram a primeira consulta em até 14 dias de vida, no ambulatório de pediatria de um hospital público do interior do RS. Variáveis selecionadas: sexo do RN, masculino ou feminino, PN, considerado menor que 2,5 kg, de 2,5 a 3 kg, 3 a 3,5 kg, 3,5 a 4 kg, e superior a 4 kg, e o PC. Os dados foram organizados e analisados em planilha Excel. **Resultados:** Em relação ao sexo feminino (50,89): das RNs com PN na faixa de 2,5 a 3kg (22,8), 53,84 não recuperaram o PN até a PC, e ainda 15,38 apresentaram mais de 10 de perda de peso em relação ao nascimento. Essa proporção reduziu conforme o aumento do PN. Na faixa de 4 kg ou superior (7,01), apenas 2,5, não recuperaram o peso até a PC e nenhuma havia perdido mais de 10. No sexo masculino (49,11), dos 3,63 com PN menor que 2,5 kg, 100 não recuperaram o peso até a primeira consulta, e ainda 50,00 estavam com mais de 10 de perda de peso em relação ao nascimento. Já os RNs com mais de 4 kg (9,09), 100 não recuperaram o peso até a consulta, mas nenhum apresentou-se com mais de 10 de perda de peso em relação ao nascimento. **Conclusão:** Constatou-se que o PN é diretamente proporcional ao ganho e à recuperação do peso, observados na PC. Fator agravante analisado é que a maioria dos RNs não recuperou o PN em até 14 dias, principalmente no sexo masculino. Salienta-se a importância para necessidade de políticas públicas para promoção da saúde do RN.

P-099 - REPERCUSSÃO DA IDADE GESTACIONAL E VIA DE PARTO NO PESO DO RECÉM-NASCIDO

Marilian Bastiani Benetti¹, Rodolfo Martins Hernandez¹, Simone Nicolini de Simoni², Willian Ezequiel Cortti¹, Klaus Omizzolo Giacomini¹, Mariana Meggiolaro Coppetti¹, Romulo Silveira Lang¹, Gabriela Bianca Frizzo¹, Cassio Budel¹, Alexandre Simon¹

¹UFN, ²UFMS

Objetivo: Avaliar a repercussão da idade gestacional e via de parto relacionado ao peso do recém-nascido (RN) nos atendimentos de primeira consulta. **Metodologia:** Estudo realizado no ambulatório de um hospital público em Santa Maria-RS. Foram analisados os prontuários eletrônicos de 166 RN. As variáveis contempladas para o estudo foram: idade gestacional (IG), variando de 35 a 41 semanas, via de parto, classificado entre vaginal e cesáreo e peso do RN, considerado como menor de 2,5 quilogramas (kg), de 2,5 a 3kg, de 3 a 3,5 kg, de 3,5 a 4kg, e superior a 4 kg. Os dados foram organizados em planilha de Excel e realizou-se as médias correspondentes. **Resultados:** De acordo com o total 68,07 nasceram por via vaginal, enquanto 31,93 foram cesarianas. Quanto à IG, 77,10 das crianças nasceram no intervalo entre 38 a 40 semanas (a termo). Verifica-se que 1,80 dos RN nasceram com peso menor de 2,5 kg e 7,83 nasceram com peso superior a 4 kg. Em relação aos RNs que nasceram com menos de 2,5 kg, 1 (33,33) nasceu prematuro (35 semanas), por parto cesáreo. Os demais nasceram de parto vaginal, sendo esses a termo. Dos que nasceram com mais de 4 kg, 46,60 foram partos cesáreo e 53,40 foram partos vaginais. Ainda, averiguamos que 51,20 da amostra nasceram com peso entre 3 e 3,5 kg. Dos bebês considerados grandes para a idade gestacional (GIG), a maioria nasceu por parto vaginal. Com 41 semanas ou mais, 65,21 nasceram de cesariana. **Conclusão:** O percentual de partos cesáreos ainda é superior ao estimado pela Organização Mundial de Saúde, porém observou-se que não houve influência disso no quesito peso, visto que a maioria dos RNs apresentaram-se adequados para a IG, nascendo a termo. Verificou-se ainda que quanto maior a IG, maior a prevalência do parto cesáreo.

P-100 - CRANIOTABES EM RECÉM-NASCIDO - RELATO DE CASO

Kathielen Fortes Rösler, Vera Regina Levien, Cíntia Teixeira Machado, Amanda Denti Favero, Mariana Teixeira D'Avila, Luiza Morrone Gastaud, Janine Margutti Lanzanova, Renata da Fonseca Nunes, Luiza Ramos Rhoden, Karol Levien Dora

UCPel

Introdução: O craniotabes caracteriza-se pelo amolecimento dos ossos do crânio, especialmente em região parietal e occipital. Apesar de ser um achado frequente (até 30 dos recém-nascidos (RN) podem apresentar) e benigno, o craniotabes também pode estar relacionado a condições patológicas como raquitismo, hipervitaminose A, osteogênese imperfeita, hidrocefalia e sífilis congênita. Quando a história e o exame físico forem normais, espera-se que ocorra a resolução espontânea entre dois ou três meses, sem a necessidade de investigação complementar. **Descrição do caso:** RN masculino, nascido de parto vaginal, com 39 semanas de idade gestacional, pesando 2330g e sem apresentar intercorrências após nascimento. Mãe gesta I, sem história de abortos prévios, com acompanhamento pré-natal regular e com sorologias negativas. Ultrassonografias realizadas durante a gestação não evidenciaram nenhuma anormalidade fetal. Ao exame físico, evidenciou-se um amolecimento à palpação em região parietal, com sensação de bola de ping-pong, sem qualquer outra deformidade física aparente. Com exames laboratoriais normais. Por se tratar de uma gestação sem intercorrências e fatores de risco, a presença de craniotabes nesse RN foi considerada benigna e, portanto, sem necessidade de investigação etiológica adicional. **Comentários:** Alterações sutis no metabolismo do cálcio e a compressão física do crânio durante o parto são apontadas como causas do craniotabes benigno. Entretanto, se houver história de deficiência de Vitamina D na gestante, a presença de craniotabes deixa de ser vista apenas como uma condição fisiológica e passa a exigir investigação mais detalhada. Se a presença do craniotabes for persistente durante a infância, obrigatoriamente deve-se investigar alterações no metabolismo do cálcio pois, nesses casos, poderá haver maior incidência de morbidades pós-natal como raquitismo, diabetes melito tipo 1, doenças do trato respiratório e até esquizofrenia. Logo, na tentativa de prevenir deficiência perinatal de vitamina D e suas consequências, sugere-se suplementação dessa vitamina em RN com craniotabes.