

**P-129 - Distrofia Torácica Asfíxica e suas Complicações na Infância**

Paula Suedekum Krupp, Emanuelle Toledo Ortiz, Adriane Pagliarini Schio

ULBRA

**Introdução:** A Distrofia Torácica Asfíxica, ou Síndrome de Jeune, é uma doença rara autossômica recessiva de múltiplos fenótipos. Caracterizada por um tórax estreito, hipoplasia pulmonar secundária, anormalidades pélvicas e renais, sendo que poucos pacientes atingem a adolescência. Descrição do caso: Paciente feminino, 4 meses, internado desde o nascimento por dispneia e cianose. Ecografia obstétrica, realizada com 29 semanas gestacionais, mostrou polidrâmio e feto com fêmur curto. Nasceu com 36 semanas e 2750g. No exame físico ao nascimento, suturas parietais e occipitais cavalgadas, fontanela bregmática com 3 polpas digitais, fâcies típica, nariz curto com ponte nasal baixa, micrognatia, baixa implantação de orelhas, pescoço curto, tórax hipoplásico e distrófico, desproporção tóraco-abdominal, perímetro torácico 25 cm e hipoatividade. Ecografia renal exibindo bilateralmente hiperecogenicidade da porção distal de papilas renais. No raio X de tórax apresentou aumento da área cardíaca, redução da transparência pulmonar bilateral, tórax em sino. Ao completar 32 dias foi realizado toracotomia para a inserção de prótese à direita visando aumentar o diâmetro da caixa torácica. Após 7 semanas, foi submetido à toracotomia à esquerda para inserção de prótese. Ao completar 5 meses, foi realizado uma toracotomia para substituição de prótese à direita. Paciente permanece em ventilação mecânica para evolução pós-operatória e recuperação de pneumonia, contudo, apresenta melhora dos parâmetros respiratórios. **Conclusões:** Essa síndrome possui complicações pulmonares graves devido a hiperventilação alveolar causada por limitação da expansão torácica. São as complicações pulmonares, segundo a literatura, a principal causa de óbito nos primeiros anos de vida. Portanto, a gravidade do quadro da síndrome de Jeune está relacionada com a idade em que a doença se manifesta.

**P-130 - O Comportamento Alimentar aos 30 Dias de Vida Está Associado à Adequação do Peso ao Nascimento?**Luciana Friedrich<sup>1</sup>, Samira da Cás<sup>1</sup>, Patrícia Peluso Silveira<sup>2</sup>, Mariana Lopes de Castro<sup>1</sup>, Elza Daniel de Mello<sup>1</sup><sup>1</sup>UFRGS, <sup>2</sup>McGill University, Canadá

O aumento de peso no início da vida está relacionado ao aumento do IMC na vida adulta, logo, torna-se fundamental a tomada de medidas preventivas para essa faixa etária. Destarte, é necessário aprimorar o conhecimento do comportamento alimentar dos bebês, podendo-se utilizar uma ferramenta nova que avalia seus comportamentos alimentares, o *Baby Eating Behaviour Questionnaire*. O objetivo principal é avaliar o comportamento alimentar de recém-nascidos (RN) pequenos (PIG) e grandes (GIG) para a idade gestacional através de questionário específico e comparar com RN adequados para a idade gestacional (AIG) com 1 mês de vida. Se caracteriza por ser um estudo de coorte, cuja primeira fase consistiu na realização de uma entrevista com a mãe para coleta de dados sobre a gestação e o parto, bem como dados socioeconômicos, com mães que tiveram seus filhos a termo no HCPA. Dados perinatais foram coletados de prontuários eletrônicos. Na segunda fase do estudo, após 1 mês do nascimento, foi aplicado o Questionário sobre Comportamento Alimentar do Bebê (*Baby Eating Behaviour Questionnaire*, BEBQ) através de contato por telefone. Foram avaliados 126 RN (43 AIG, 43 PIG e 41 GIG). As análises não demonstraram diferenças significativas nos principais dados demográficos e perinatais em relação aos diferentes grupos de estudo. No entanto, foi observada uma maior escolaridade em mães de RN PIG ( $p=0,004$ ) e uma menor prevalência de aleitamento materno exclusivo até a alta hospitalar em RN GIG ( $p=0,002$ ). A análise de variância não encontrou diferença significativa entre os grupos em relação aos domínios do BEBQ, mesmo quando corrigidos por sexo do RN. O estudo demonstrou que alterações do comportamento alimentar ainda não estão presentes com 1 mês de vida, sugerindo que não são inatas, e sim desenvolvidas com o passar do tempo.

**P-131 - Perfil dos Partos Cesáreos de Mães Moradoras de Porto Alegre em 2016**

Juarez Cunha, Ana Lúcia Martins Gomes, Alice Finkler, Carolina Nunes Calisto, Michele Model

EVEV/SMS/PMPA

**Objetivos:** Demonstrar o perfil dos partos cesáreos de mães moradoras de Porto Alegre em 2016. **Metodologia:** Foram utilizados os dados originados pelo Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), através das Declarações de Nascidos Vivos (DN), documento de preenchimento obrigatório pelos hospitais e para o registro civil do nascimento. Foram analisadas as informações de 18.614 DN de nascidos vivos (NV) e residentes em Porto Alegre em 2016. **Resultados:** Dos 18.614 NV, 9.329 (50,1) são por parto cesáreo (PC) e 9.285 (49,9) por parto normal (PN). Os hospitais que atendem clientela particular e/ou convênios apresentam percentual de 80-82 por PC e os que atendem SUS de 27-44. Idade materna: o percentual PN cai progressivamente com a idade, PC aumenta. Escolaridade materna: quanto maior, maior o percentual PC. Raça/cor mãe: entre pretas/pardas, 38 PC. Brancas 54,4 PC. Idade gestacional: dos NV com 37-41 semanas, 85,5 PC. Peso ao nascer: 2500-3999g única faixa de peso em que o percentual PN é maior, 51,8. Filhos tidos: mães tendo seu primeiro filho, 54,7 PC. Cruzando: idade materna, com 12 anos ou mais escolaridade e PC, 71,9 tem 30-39 anos. Raça/cor, com 12 anos ou mais escolaridade e PC, 93,6 são brancas. Filhos tidos (primeiro), com 12 anos ou mais escolaridade e PC, 66,6 primeiro filho. Primeiro filho, com 12 anos ou mais de escolaridade, raça/cor branca, 74,3 por PC. **Conclusões:** Apesar dos esforços do MS, hospitais e órgãos de classe o percentual de PC continua elevado. Hospitais que atendem privados/convênios tem percentual de PC acima da média da cidade e os que atendem SUS menores. Grande parte dos PC, são de mães brancas, dos 30 a 39 anos, com maior escolaridade e tendo seu primeiro primeiro filho. O conhecimento desses dados é fundamental para o enfrentamento do problema que é considerado por muitos como a "epidemia" de cesáreas no Brasil.

**P-132 - Transplante Hepático Infantil: Experiência de 23 Anos**Raquel de Mamann Vargas<sup>1</sup>, Ariane Nádia Backes<sup>1</sup>, Ian Leipnitz<sup>1</sup>, Carlos Oscar Kieling<sup>1</sup>, Marina Rossato Adami<sup>1</sup>, Renata Rostirola Guedes<sup>1</sup>, Cinara Andreoli<sup>1</sup>, Karoline Bigolin Stiegemeier<sup>1</sup>, Sandra Maria Gonçalves Vieira<sup>2</sup><sup>1</sup>HCPA, <sup>2</sup>UFRGS

**Objetivos:** Descrever a experiência de 23 anos do Programa de Transplante Hepático Infantil de um hospital universitário. **Metodologia:** Descrição histórica dos transplantes hepáticos (TxH), realizados em pacientes com até 18 anos de idade, no momento do transplante. Descrevemos variáveis demográficas, clínicas, cirúrgicas e sobrevida em um ano (Kaplan Meier). **Resultados:** 181 crianças, receberam 194 TxH (13 retratransplantes), entre março/1995 a março/2018. Houve em média 8,4 Tx/ano (4 a 11/ano). A média da idade foi de 6,3±5,6 anos (4 meses a 18 anos), sendo que 84 pacientes (43,3) tinham 3 anos, 98 eram do sexo feminino (50,5). Causas que levaram ao TxH: atresia biliar (90), insuficiência hepática aguda (27), idiopática (18), hepatite autoimune (9), colangite esclerosante (7), deficiência alfa-1-antitripsina (6), fibrose cística (5), tirosinemia (4), fibrose hepática congênita (3), hepatite viral crônica (3), Budd-Chiari (2), leucinoze (2), PFIC (2), doença de Wilson (2), tumores (2), hiperxalose (1), Alagille (1). Causas de retratransplante: aneurisma micótico da artéria hepática (1), não funcionamento primário do enxerto (1), trombose de veia porta (3), trombose de artéria hepática (5) e disfunção crônica do enxerto (3). Setenta e nove pacientes receberam enxertos reduzidos (7 splits). Vinte e quatro pacientes receberam enxertos de doadores vivos. Imunossupressão primária: todos os pacientes usaram prednisona associada a ciclosporina (35 crianças antes de 1999), ou tacrolimus (1999-2018). O tempo de acompanhamento dos pacientes variou de 9 dias a 22,6 anos, sendo que 56 pacientes se encontram com 10 anos de TxH (46 em acompanhamento no TxH adulto). As sobrevidas em 1 ano dos transplantes eletivos e urgentes foram de 76,6 e 56, respectivamente ( $P=0,021$ ). A sobrevida geral nos últimos 18 meses foi de 92,3 (14/15): 100 dos transplantes eletivos. **Conclusões:** O transplante possibilita uma sobrevida adequada aos pacientes pediátricos, com melhora dos resultados com o passar dos anos e o amadurecimento do programa.