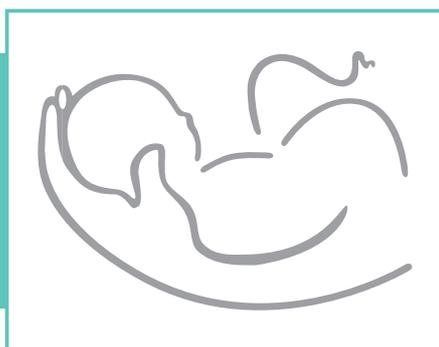


II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006

Blue Tree Convention Ibirapuera - São Paulo – SP



PROGRAMA FINAL E ANAIS

Promoção e Realização:







SUMÁRIO

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL
17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

1. Mensagens de Boas Vindas	
Presidência da SBP	4
Presidência da SPSP	5
Presidência do Simpósio	6
2. Comissão Organizadora do Simpósio	7
3. Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria	8
4. Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo	9
5. Diretoria Executiva do Programa de Reanimação Neonatal da SBP	10
6. Coordenadorias Estaduais do Programa de Reanimação Neonatal das Sociedades Filiadas da SBP	11
7. Planta física do Blue Tree Convention Ibirapuera	
Sala de Aula e Áreas de Exposição	12
8. Informações Gerais	13
Reuniões Paralelas	14
9. Agradecimentos aos Patrocinadores e Expositores	14
10. Convidados Internacionais e Nacionais	15
11. Programa Científico	16
Visita aos Pôsteres Comentados	17
12. Temas Livres	
Mensagem da Comissão de Temas Livres	22
Temas livres classificados para o Prêmio	23
Resumos	24
Índice Remissivo dos Autores dos Temas Livres	53



MENSAGEM DA PRESIDÊNCIA da SBP

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL
17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

A reanimação neonatal é procedimento de inquestionável impacto na redução da mortalidade infantil precoce. Por isso, o treinamento de pediatras que atuam nas salas de parto tem caráter prioritário no Brasil.

A melhora desse indicador de saúde depende diretamente do grau de investimento que se faz nos recursos humanos e tecnológicos disponíveis na atualidade para evitar óbitos na primeira semana de vida. Os agravos que os provocam não são passíveis de resolução por meio da assistência de nível primário. Sua abordagem adequada requer cuidados de maior complexidade.

A atualização de conhecimentos em reanimação neonatal é atividade científica imprescindível à qualificação das intervenções pediátricas no período neonatal. O intercâmbio de experiências adquiridas nessa prática é o caminho ideal para a visão crítica que assegura a evolução tecnológica a serviço da saúde da criança.

A Sociedade Brasileira de Pediatria é entidade referencial no campo da reanimação neonatal. Por meio do compromisso responsável de suas coordenações nacional e regionais, a entidade desempenha missão de incomparável alcance nesse domínio de atuação. Já capacitou milhares de pediatras em todo o país, contribuindo certamente para evitar expressivo número de óbitos de recém-nascidos.

O II Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal é evento que explicita a iniciativa da pediatria brasileira em defesa do direito à vida. SBP e SPSP oferecem aos pediatras brasileiros a oportunidade de mais um encontro de amplitude internacional para o aprimoramento das bases científicas de nosso compromisso social.

De 17 a 19 de agosto a grandeza cosmopolita da paulicéia prepara-se para recebê-lo nesse evento imperdível. Ilustres professores brasileiros e convidados internacionais de renome assegurarão qualidade da programação. São Paulo garantirá os atrativos complementares.

Dioclécio Campos Júnior
Presidente da SBP



MENSAGEM DA PRESIDÊNCIA da SPSP

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Prezado(a) colega

O nascimento constitui o período da vida de todo o ser humano que se caracteriza por mudanças marcantes e, por esse motivo, mais sensível aos efeitos das intervenções realizadas nessa fase.

Consciente da importância de uma reanimação neonatal eficiente, minimizando e muitas vezes até revertendo o risco presente, garantindo a sobrevivência e uma melhor qualidade de vida futura de cada recém-nascido, a Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo deseja que o II Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal seja um período de atualização intensa e fortalecimento do conhecimento nessa área, além de uma oportunidade para uma análise crítica e ponderada em relação às novas recomendações e sua aplicação em nosso meio.

Um programa científico cuidadosamente elaborado, incluindo os tópicos mais atuais e controversos em reanimação do recém-nascido, e contando com a participação de convidados nacionais e internacionais de elevada qualidade científica o aguardam.

Sua participação é muito importante. Traga sua experiência e suas dúvidas, integrando-se nessa atividade que ora se inicia e também contribuindo para a melhoria da assistência ao recém-nascido em nosso país.

Cléa Rodrigues Leone
Presidente da SPSP



MENSAGEM DA PRESIDÊNCIA DO SIMPÓSIO

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Caros(as) colegas,

O nascimento é o milagre da vida que se renova, repleto de beleza e perfeição, mas também é o evento mais perigoso com o qual o ser humano se defronta durante toda a sua existência. Qualquer desliz da engrenagem que dá a vida coloca em risco a própria vida e a qualidade da vida futura daquele que está nascendo.

Todos os participantes deste Simpósio estão, de alguma maneira, envolvidos neste momento mágico. Mas, vale lembrar que a magia depende do conhecimento e habilidade dos profissionais que atuam na sala de parto. O ensino de técnicas atuais de reanimação deve ser um objetivo contínuo e renovado para estes profissionais.

É com isto em mente, que damos as boas vindas a todos, esperando que a atualização do conhecimento se transforme em ações para diminuir a mortalidade dos recém-nascidos brasileiros.

Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg
Presidência do Simpósio



COMISSÃO ORGANIZADORA

- Presidente da SBP: Dioclécio Campos Júnior (DF)
- Presidente da Fundação SBP: Dioclécio Campos Júnior (DF)
- Presidente da SPSP: Cléa Rodrigues Leone (SP)
- Diretoria de Cursos e Eventos da SBP: Ércio Amaro de Oliveira Filho (RS)
- Diretoria de Cursos e Eventos da SPSP: Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
- Diretor Executivo do PRN da SBP: José Orleans da Costa (MG)
- Presidência do Simpósio: Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg (SP)
- Secretário Geral do Simpósio: Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)
- Primeiro Secretário: Eduardo da Silva Vaz (RJ)
- Segundo Secretário: Lílian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
- Tesouraria: Fundação SBP



COMISSÃO CIENTÍFICA

- Presidente: José Orleans da Costa (MG)
- Vice-Presidente: Sérgio TM Marba (SP)
- Membros da Diretoria do PRN da SBP:
Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)
Ana Maria Seguro Meyge (MG)
José Maria de Andrade Lopes (RJ)
Lêni Márcia Anchieta (MG)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Márcia Gomes Penido Machado (MG)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rosilu de Ferreira Barbosa (MG)
Sonia Matoso Calumby Hermont (MG)
- Membros da Diretoria do PRN da SPSP:
Bettina Barbosa Duque Figueira
Cláudia Tanuri
Helenilce de Paula Fiod Costa
Lígia Maria de Sousa Suppo Rugolo
Maria Dolabela Magalhães
Marina da Rosa Faria



COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

- Presidente: Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
- Vice-Presidente: Lígia Maria de Sousa Suppo Rugolo (SP)
- Coordenadores Regionais do PRN da SBP:
Edmar de Azambuja Salles (MS)
Elaine Augusta das Neves Figueiredo (PA)
José Dias Rego (RJ)
Leila Denise Cesário Pereira (SC)
Márcia do Eirado Pereira (BA)
Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
Vanda Maria Ferreira Simões (MA)

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Diretoria 2004 a 2006)

Presidente:

Dioclécio Campos Júnior

1º Vice-Presidente:

Nelson Augusto Rosário Fº

2º Vice-Presidente:

Fabio Ancona Lopez

Secretário Geral:

Eduardo da Silva Vaz

1º Secretário:

Rachel Niskier Sanchez

2º Secretário:

Dennis Alexander Rabelo Burns

3º Secretário:

Elisa de Carvalho

Diretoria Financeira:

Mário José Ventura Marques

2º Diretor Financeiro:

Cléa Maria Pires Ruffier

3º Diretor Financeiro:

Marilúcia Rocha de A Picanço

Diretoria de Patrimônio:

Edson Ferreira Liberal

Coordenação de Informática:

Eduardo Carlos Tavares

Edmar de Azambuja Salles

Academia Brasileira de Pediatria:

Presidente: Reinaldo M Martins

Secretário: Nelson Grisard

Conselho Fiscal:

Clóvis José Vieira da Silva

Alda Elizabeth B. Iglesias

Nei Marques Fonseca

Assessorias da Presidência:

Anamaria Cavalcante e Silva

Carlos Eduardo Nery Paes

João de Melo Régis Filho

Marco Antonio Barbieri

Nelson de Carvalho Assis Barros

Virginia Resende Silva Weffort

Coordenação de Grupos de Trabalho

Álvaro Machado Neto

Diretoria de Qualificação e Certificação Profissional:

José Hugo Lins Pessoa

Coordenação do CEXTEP:

Clémax Couto Sant'Anna

Coordenação da Área de Atuação:

Mauro Batista de Moraes

Coordenação da Recertificação:

Mitsuru Miyaki

Diretoria de Relações Internacionais:

Fernando José de Nóbrega

Representantes:

IPA: Sérgio Augusto Cabral

Mercosul: Vera Regina Fernandes

Diretoria dos Departamentos Científicos:

José Sabino de Oliveira

Diretoria Adjunta dos Departamentos Científicos:

Joel Alves Lamounier

Diretoria de Cursos e Eventos:

Ércio Amaro de Oliveira Filho

Diretoria Adjunta de Cursos e Eventos:

Lúcia Ferro Bricks

Coordenação da Reanimação Neonatal:

José Orleans da Costa

Coordenação da Reanimação Pediátrica:

Paulo Roberto Antonacci

Carvalho

Centro de Treinamento em Serviços:

Hélio Santos de Queiroz Filho

Coordenação do CIRAPs:

Wellington Borges

Diretoria de Ensino e Pesquisa:

Gisélia Alves Pontes da Silva

Coordenação da Graduação:

Rosana Fiorini Puccini

Coordenação Adjunta de Graduação:

Sílvia Wanick Sarinho

Residência e Estágio-Credenciamento:

Cristina Miuki Abe Jacob

Coordenação da Pós-Graduação:

Cláudio Leone

Coordenação da Pesquisa:

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Diretoria de Publicações da SBP:

Diretor de Publicações:
Danilo Blank

Editor do Jornal de Pediatria:
Renato Soibelman Procyanoy

Coordenação do PRONAP:
Regina Célia de Menezes Succi

Coordenação dos Correios da SBP:
João Coriolano Rego Barros

Documentos Científicos:
Antonio Carlos Pastorino

Centro de Informações Científicas:

José Paulo Vasconcellos Ferreira

Diretoria de Benefícios e Previdência:

Rubens Trombini Garcia

Diretoria de Defesa Profissional:

Mário Lavorato da Rocha

Diretoria da Promoção Social da Criança e do Adolescente:
Célia Maria Stolze Silvano

Promoção de Campanhas:

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

Mariângela de Medeiros Barbosa

Defesa da Criança e do Adolescente:

Rachel Niskier Sanchez

Comissão de Sindicância:

Análiria Moraes Pimentel

Aroldo Prohmann de Carvalho

Edmar de Azambuja Salles

Fernando Antonio SW Cortes

João Cândido de Souza Borges

Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria:

Presidente:

Dioclécio Campos Filho

Vice-Presidente:

Fabio Ancona Lopez

Secretário:

Eduardo da Silva Vaz

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP



SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (Diretoria 2004 a 2006)

Presidente: Cléa Rodrigues Leone
1º Vice-Presidente: José Hugo Lins Pessoa
2º Vice-Presidente: João Coriolano R Barros
Secretário Geral: Mário R Hirschheimer
1º Secretário: Rosana Fiorini Puccini
2º Secretário: José Roberto Fioretto
1º Tesoureiro: Lucimar Aparecida Françoso
2º Tesoureiro: Jair Marcelo Kuhn

Diretoria de Publicações

Coordenador: Mário Cícero Falcão

Revista Paulista de Pediatria

Editora: Ruth Guinsburg
Editores Associados: Antonio de Azevedo Barros Filho, Mauro Sérgio Toporovski e Amélia Miyashiro Nunes dos Santos
Assessor de Comunicação "On-line": Ulysses Dória Filho

Diretoria de Cursos e Eventos

Coordenadora: Maria Fernanda B de Almeida
Membros: Capital - Cristina Miuki Abe Jacob, Lílian dos Santos Rodrigues Sadeck, Mauro Batista de Moraes e Rubens W. Lipinski; Interior - Cláudio Ribeiro Aguiar, José Dirceu Ribeiro, Luiz Gonzaga Tone e Raphael Del Roio Liberatore

Diretoria dos Departamentos Científicos

Coordenadores: João Coriolano Rego Barros e Antonio Carlos Madeira de Arruda
Membros: Capital - Maria Odete Esteves Hilário e Renata D. Waksman; Interior - Ciro João Bertolli, Marcelo Pinho Bittar e Fábio Eliseo F. Álvares Leite

Coordenação de Regionais

Coordenadores: Antonio Carlos Pastorino e Heloisa Helena de Souza Marques
Membros: Aparecido Nórdia, Maria Marluce dos Santos Vilela, Pêrsio Roxo Júnior, Saulo Duarte Passos e Wilson Roberto Davanço

Comissão de Pesquisa e Ensino

Coordenadora: Angélica Maria B Zeferino
Membros: Cláudio Leone, Francisco Eulógio Martinez, Lígia de Fátima Nóbrega Reato, Marco Antonio Barbieri, Marisa Marcia Mussi Pinhata e Nildo Alves Batista

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Diretoria de Defesa Profissional

Coordenador: José Hugo Lins Pessoa
Membros: Capital - Claudio Barsanti, Eraldo Samogin Fiore, Rubens Feferbaum, Sérgio Antonio Bastos Sarrubbo e Sulim Abramovici; Interior - Aderbal Tadeu Mariotti, José Inácio Pereira da Rocha e Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Patrimônio: Eraldo Samogin Fiore e Sergio Antonio Bastos Sarrubbo

Diretoria de Relações Comunitárias

Coordenador: Fábio A Lopez e Jorge Harada
Membros: Glaura César Pedroso, João Luis Kobel, Ludmila Marie Weiss Aloisi, Renato Minoru Yamamoto, Roseli M. Duarte Ancona Lopez, Rudolf Wechler e Yassuhiko Okay

Conselho Fiscal: Benjamin Israel Kopelman, Cleide Enoir Petean Trindade e Flavio Adolfo da Costa Vaz

Comissão de Sindicância: Conceição Aparecida de Mattos Ségre, Francisco Eulógio Martinez, Gabriel Wolf Oselka e Mario Telles Júnior

Conselho Consultivo: Cláudio Leone, Clóvis Francisco Constantino, Fabio Ancona Lopez, João Tomás de Abreu Carvalhaes e Mário Santoro Júnior

Programa de Reanimação Neonatal

Médicos e Estudantes de Medicina: Coordenador: Sérgio Tadeu Martins Marba
Membros: Bettina Barbosa Duque Figueira e Marina da Rosa Faria
Auxiliares da Reanimação: Capital - Coordenadora: Helenilce de Paula F Costa
Membros: Claudia Tanuri e Maria Dolabela Magalhães; Interior - Coordenadora: Lígia Maria SS Rugolo

PALS: Tânia Miyuki Shimoda Sakano

Assessores da Presidência: Clóvis Francisco Constantino, Cleide Enoir Petean Trindade e Gabriel Wolf Oselka



DIRETORIA EXECUTIVA DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP (2004 a 2006)

Coordenador Geral:

José Orleans da Costa (MG)

Assessoria da Coordenação:

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA) e José Maria de Andrade Lopes (RJ)

Coordenadora Executiva Adjunta:

Lêni Marcia Anchieta (MG)

Coordenadoria Adjunta de Planejamento Estratégico:

Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg (SP)

Responsável pela Área de Inovações Tecnológicas:

Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)

Responsável pela Adequação do Curso para Auxiliares da Reanimação:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Apoio logístico nas Regiões:

- NORTE 1 e 2 - Marcia Gomes Penido Machado (MG)
- NORDESTE 2, SUDESTE 1 e CENTRO-OESTE - Rosilu de Ferreira Barbosa (MG)
- NORDESTE 1 e 3 - Sonia Matoso Calumby Hermont (MG)
- SUDESTE 2 e SUL - Ana Maria Seguro Meyge (MG)

Coordenadorias Regionais:

- NORTE 1 - Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
- NORTE 2 - Elaine Augusta das Neves Figueiredo (PA)
- NORDESTE 1 - Vanda Maria Ferreira Simões (MA)
- NORDESTE 2 - Marcia do Eirado Pereira (BA)
- NORDESTE 3 - Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)
- SUDESTE 1 - José Dias Rego (RJ)
- SUDESTE 2 - Sérgio Tadeu Martins Marba e Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)
- SUL - Leila Denise Cesário Pereira (SC)
- CENTRO-OESTE - Edmar de Azambuja Salles (MS)

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP



COORDENADORIAS ESTADUAIS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DAS SOCIEDADES FILIADAS DA SBP

Região Norte 1

- ACRE - Carlos Peredo Calderon
- AMAZONAS - Sônia Maria Rego de Almeida
- RONDÔNIA - Robson Jorge Bezerra
- RORAIMA - Nympha Carmem Akel Thomaz Salomão

Região Norte 2

- AMAPÁ - Rosilene Lopes Trindade
- PARÁ - Leila Haber Feijó
- TOCANTINS - Hélio Hermenegildo Marques Maues

Região Nordeste 1

- CEARÁ - Helena Maria Barbosa Carvalho
- MARANHÃO - Martinha Elisa da Silva Matos
- PIAUÍ - Roselane do Socorro Borges de Andrade Gomes Ferreira

Região Nordeste 2

- BAHIA - Tatiana Ribeiro Maciel
- SERGIPE - Carline Rabelo de Oliveira

Região Nordeste 3

- ALAGOAS - Ana Claire Pimenteira Thomaz
- PARAÍBA - Adriana Queiroga Sarmento Guerra
- PERNAMBUCO - Fátima Maria Doherty
- RIO GRANDE DO NORTE - Rosa Maria Vaz dos Santos

Região Sudeste 1

- ESPÍRITO SANTO - Andréa Lube Antunes de S. Thiago Pereira
- MINAS GERAIS - Ruth Lira de Oliveira
- RIO DE JANEIRO - Ana Lucia Martins Figueiredo e José Dias Rego

Região Sudeste 2

- SÃO PAULO - Sérgio Tadeu Martins Marba e Helenilce de Paula Fiod Costa

Região Sul

- PARANÁ - Marcos Parolin Ceccatto
- RIO GRANDE DO SUL - Ignozy Dorneles Jornada Júnior
- SANTA CATARINA - Marcelo Fernando do Nascimento

Região Centro-Oeste

- DISTRITO FEDERAL - Marcelo Ruperto Souza das Chagas
- GOIÁS - Maria Bárbara Franco Gomes
- MATO GROSSO - Elibene Almeida Orro Junqueira
- MATO GROSSO DO SUL - Carmem Sílvia Martimbianco de Figueiredo



PLANTA FÍSICA DO BLUE TREE CONVENTION IBIRAPUERA

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP





INFORMAÇÕES GERAIS

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

LOCAL DO EVENTO:

Hotel Blue Tree Convention Ibirapuera
Avenida Ibirapuera nº 2927 - Moema
São Paulo - SP
Tel.: (11) 2161-9402 - Fax: (11) 2191-9406
www.bluetree.com.br - eventos.conv@bluetree.com.br

SECRETARIA EXECUTIVA:

Meeting Planejamento e Organização de Eventos
Caixa Postal 19232 - CEP 04505-970 - São Paulo - SP
Tel: (11) 3849-8263 ou 3849-0379 / Fax (11) 3845-6818
www.meetingeventos.com.br - info@meetingeventos.com.br

ATENDIMENTO DA SECRETARIA:

Dias 17 e 18 de agosto das 7h30 às 19h00 e dia 19 de agosto das 8h00 às 13h00.

PARTICIPANTES: o Simpósio destina-se exclusivamente a médicos e acadêmicos de medicina (5º e 6º anos) conforme a resolução CFM Nº 1.718/2004.

MATERIAL DO PARTICIPANTE: pasta, bloco, caneta e livro programa são garantidos para os pré-inscritos. Aos inscritos no local será obedecido o critério de ordem de chegada e disponibilidade de material.

CRACHÁS: o uso do crachá é OBRIGATÓRIO em todas as atividades do Simpósio. Para fornecimento de 2º via será cobrada uma taxa no valor de 75% da inscrição original, devendo ser solicitada diretamente na secretaria.

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA: haverá tradução para as palestras proferidas em inglês. Para retirar os fones de tradução será solicitado ao congressista um documento de identidade.

TEMAS LIVRES

- **PRÊMIO "REANIMAÇÃO NEONATAL":** será entregue no dia 17/8 às 8h15 durante a sessão de Abertura do Simpósio.
- **EXPOSIÇÃO DOS PÔSTERES:** localizada no piso da Secretaria, contará com 54 trabalhos. O pôster deverá ser afixado no local correspondente ao número do Painelel, no dia 17/08 das 12h15 às 14h00, ficando em exposição até 10h00 do dia 19/08. O autor-apresentador deverá permanecer ao lado do pôster, disponível para discussão com o público e o comentador, das 13h30 às 14h30 horas do dia 18/08. Cada comentador visitará 3 pôsteres.
- **CERTIFICADOS:** o autor-apresentador deverá retirar o certificado único na Secretaria a partir das 16h00 do dia 18/08. A apresentação de cada pôster confere 2 pontos por trabalho ao médico autor ou co-autor, limitado a 5 trabalhos por evento para a obtenção do Certificado de Atualização Profissional (Resolução CFM 1772/2005).

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SIMPÓSIO: será entregue aos participantes com frequência $\geq 75\%$ (12 horas). Para tanto é obrigatória a leitura ótica do crachá na entrada e saída da sala de programação científica. O participante deverá retirar o certificado na Secretaria a partir das 10h30 do dia 19/8 pelo número de inscrição marcado em seu crachá.

CERTIFICADO DE ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL

O Simpósio foi pontuado pela Comissão Nacional de Acreditação (Formulário Nº 1.770 disponível em www.cna-cap.org.br) para a obtenção do Certificado de Atualização Profissional conforme a Resolução CFM 1772/2005) em:

- 8 pontos para os médicos com Título de Especialista em Pediatria
- 8 pontos para os médicos com Certificado na Área de Atuação de Neonatologia
- 8 pontos para os médicos com Certificado na Área de Atuação de Medicina Intensiva Pediátrica

ATENDIMENTO AO SÓCIO E NOVAS FILIAÇÕES À SBP: visite o estande da SBP e da SPSP para atualização de endereço e e-mail, filiação como sócio, além de informações sobre cursos e eventos e pagamento de anuidade.

INFORMAÇÕES GERAIS (cont.)

EXPOSIÇÃO PARALELA: Convidamos todos os congressistas a visitarem a Exposição onde estão localizados os estandes da SBP e SPSP, de serviços e da Agência de Turismo Tristar.

ESTACIONAMENTO: O Hotel Blue Tree Convention Ibirapuera mantém convênio com empresa em sistema de self-parking.

AVISOS IMPORTANTES:

É proibido fumar nas salas de programação científica, nos corredores e na exposição comercial.
É proibido utilizar celular e bip sonoro nas salas onde estão acontecendo as atividades científicas.

AGÊNCIA DE TURISMO:

TRISTAR TURISMO

Av. Paulista, 2006 - 18ª andar - São Paulo - SP

Fone: (11) 3016-1411 - Fax: (11) 3283 - 1854

www.tristarturismo.com.br e tristar@tristarturismo.com.br

A TRISTAR Turismo, agência oficial do Simpósio, está à disposição dos participantes para informações sobre: hospedagem, confirmações e alterações de vôos, passeios turísticos e mapas da cidade de São Paulo.

REUNIÕES PARALELAS

- **REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**
Dia 16/08 das 10h00 às 16h00 na sala Canário no Blue Tree Convention Ibirapuera
(Patrocínio Nestlé Nutrition)
- **REUNIÃO DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – APRESENTAÇÃO DAS NOVAS CONDUTAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL - 2006**
Coordenadoras: Maria Fernanda Branco de Almeida e Ruth Guinsburg
Dia 17/08 das 17h00 às 18h30 no Auditório do Blue Tree Convention Ibirapuera
- **REUNIÃO ADMINISTRATIVA DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**
Coordenadores: José Orleans da Costa e Lêni Márcia Anchieta
Dia 18/08 das 17h30 às 18h30 no Auditório do Blue Tree Convention Ibirapuera



AGRADECIMENTOS

PATROCINADORES

Nestlé Nutrição
Hospital e Maternidade Santa Joana
Fanem
Abbott Laboratórios do Brasil

EXPOSITORES

Nestlé Nutrição
Fanem
Intermed Equipamento Médico Hospitalar
Civiam Brasil
Livro Sete
Samtronic



CONVIDADOS INTERNACIONAIS

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

DAVID W. BOYLE, MD, FAAP

- Associate Professor - Department of Pediatrics at Neonatal-Perinatal Medicine - Indiana University School of Medicine – Indianapolis, Indiana, USA
- Director, Neonatal-Perinatal Medicine Fellowship Training Program
- Past Co-Chair, Neonatal Resuscitation Program Steering Committee, American Academy of Pediatrics, 2001-2005

LOUIS P. HALAMEK, MD, FAAP

- Associate Professor, Department of Pediatrics, Division of Neonatal and Developmental Medicine, Stanford University School of Medicine
- Director, Fellowship Training Program in Neonatal-Perinatal Medicine
- Director, Center for Advanced Pediatric Education
- Co-Director, Training Program in Neonatal and Developmental Biology
- Member, Neonatal Resuscitation Program Steering Committee, American Academy of Pediatrics, 2001-2006

WILLIAM J. KEENAN, MD, FAAP

- Professor in Pediatrics at the Saint Louis University School of Medicine – Saint Louis, Missouri, USA
- Director of Neonatal-Perinatal Medicine at SSM Cardinal Glennon's Children's Hospital.
- Founder of Neonatal Resuscitation Program, American Academy of Pediatrics



CONVIDADOS NACIONAIS

Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)
Ana Maria Seguro Meyge (MG)
Celso Moura Rebello (SP)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Dioclécio Campos Júnior (DF)
Edmar de Azambuja Salles (MS)
Elaine Augusta das Neves Figueiredo (PA)
Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)
José Dias Rego (RJ)
José Maria de Andrade Lopes (RJ)
José Orleans da Costa (MG)
Leila Denise Cesário Pereira (SC)
Lêni Marcia Anchieta (MG)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Lincoln Marcelo Silveira Freire (MG)

Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Marcia do Eirado Pereira (BA)
Marcia Gomes Penido Machado (MG)
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Milton Harumi Miyoshi (SP)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Renato Soibelman Procianoy (RS)
Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)
Rosilu de Ferreira Barbosa (MG)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
Ruth Guinsburg (SP)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Sônia Matoso Calumby Hermont (MG)
Vanda Maria Ferreira Simões (MA)



PROGRAMA CIENTÍFICO

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

17/08/2006 (quinta-feira)

- 7h30 – 8h15** Retirada de material
- 8h15 – 9h00** **ABERTURA**
José Orleans da Costa – Coordenador do PRN-SBP
Maria Fernanda B. de Almeida e Ruth Guinsburg – Presidência do Simpósio
Cléa Rodrigues Leone – Presidente da SPSP
Dioclécio Campos Júnior – Presidente da SBP
ENTREGA DO PRÊMIO “REANIMAÇÃO NEONATAL”
- 9h00 – 10h00** **CONFERÊNCIA:** *A reanimação neonatal como prioridade para reduzir a mortalidade infantil no mundo.*
Presidente: Dioclécio Campos Jr (DF)
Conferencista: William J Keenan (EUA)
- 10h00 – 10h30** Intervalo
- 10h30 – 11h30** **CONFERÊNCIA:** *As novas condutas em reanimação neonatal (2006): quais as evidências?*
Presidente: Paulo JH Nader (RS)
Conferencista: David W Boyle (EUA)
- 11h30 – 12h15** **PERGUNTANDO AOS CONFERENCISTAS**
Coordenadores: Paulo JH Nader (RS)
Márcia GP Machado (MG)
Conferencistas: William J Keenan (EUA)
David W Boyle (EUA)
- 12h15 – 14h00** Almoço
- 14h00 – 15h30** **MESA REDONDA:** *Novidades nos passos iniciais da reanimação neonatal.*
Coordenador: José Dias Rego (RJ)
- 14h00 – 14h30** *Líquido amniótico meconial: aspiração de vias aéreas pelo obstetra e pediatra.*
Louis P Halamek (EUA)
- 14h30 – 15h00** *Manutenção da temperatura no pré-termo: como evitar a hipotermia.*
William J Keenan (EUA)
- 15h00 – 15h30** *Manutenção da temperatura no asfíxiado: hipertermia e lesão cerebral.*
Renato S Procianoy (RS)
- 15h30 – 16h00** Intervalo
- 16h00 – 17h00** **COLÓQUIO:** *Novidades nos passos iniciais da reanimação neonatal.*
Coordenadoras: Lícia MO Moreira (BA)
Rosilu F Barbosa (MG)
Participantes: Louis P Halamek (EUA)
William J Keenan (EUA)
Renato S Procianoy (RS)
- 17h00 – 18h30** Reunião dos Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria – Apresentação das novas condutas em reanimação neonatal - 2006.

PROGRAMA CIENTÍFICO (cont.)

18/08/2006 (sexta-feira)

- 8h30 – 9h15** **CONFERÊNCIA:** *O Programa de Reanimação Neonatal no Brasil: situação atual e perspectivas.*
Presidente: Luis Eduardo V Miranda (RJ)
Conferencista: José Orleans da Costa (MG)
- 9h15 – 10h00** **MINI-CONFERÊNCIA:** *A reanimação neonatal nas maternidades públicas das capitais brasileiras.*
Presidente: Lincoln MS Freire (MG)
- 9h15 – 9h35** *Os profissionais que atuam na sala de parto estão treinados?*
Ruth Guinsburg (SP)
- 9h35 – 9h55** *Procedimentos em reanimação e mortalidade neonatal precoce.*
Maria Fernanda B de Almeida (SP)
- 10h00 – 10h30** Intervalo
- 10h30 – 11h30** **CONFERÊNCIA:** *Quanto oxigênio oferecer ao RN durante a reanimação?*
Presidente: Alzira HG Lobo (RJ)
Conferencista: David W Boyle (EUA)
- 11h30 – 11h45** *Perguntando ao conferencista*
- 11h45 – 13h30** Almoço
- 13h30 – 14h30** **VISITA AOS PÔSTERES COM COMENTADORES**

- Comentador: JOSÉ ORLEANS DA COSTA (MG)
 - P 01. **Grau de instrução do auxiliar da reanimação na sala de parto de um hospital público estadual.** Marina R Faria, Adriana S Negrão, Alexandra C Souza, Ana Cláudia P Cintra, Andréia AC Santos, Andrea PS Fernandes et al.
 - P 02. **Perfil das manobras de reanimação neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso.** Tulio Konstantyner, Mônica SB Pinheiro, Sílvia H Kawakami, Marcelo Rossi
 - P 03. **Atendimento na sala de parto de recém-nascidos com defeito de parede abdominal.** Guilherme A Sancho, Simone AB Silva, Claudia Rossi, Ana Claudia Y Prestes, Maria Fernanda B Almeida, Milton H Miyoshi et al.
- Comentador: LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA (RJ)
 - P 04. **Atendimento na sala de parto de recém-nascidos com defeito de fechamento de tubo neural.** Simone AB Silva, Guilherme A Sancho, Claudia Rossi, Ana Claudia Y Prestes, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg et al.
 - P 05. **Evolução neurológica de recém-nascidos asfixiados.** Izilda RM Rosa, Sérgio TM Marba, Valeriana LM Ribeiro.
 - P 06. **Características da reanimação em pré-termos com peso ao nascer abaixo de 1500g.** Roger Brock, Juliana N Silva, Mariana Moretto, Flavia ML Costa, Sandra FA Gianelo, Sílvia Espiridião.
- Comentadora: HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (SP)
 - P 07. **Estamos ensinando nossos alunos de medicina a recepcionarem recém-nascidos?** Maria Lúcia S Ferlin, Ana Paula P Carlotti, Francisco E Martinez.

PROGRAMA CIENTÍFICO (cont.)

- P 08. **Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida x método de reanimação utilizado na sala de parto de um hospital de nível de atendimento secundário na zona leste de São Paulo.** Maria Esther J Ceccon, Claudia Giolo, Cecilia LT Yu, Cristina E Yoshimoto, Luciana Bedante, Flávio AC Vaz.
- P 09. **Avaliação do ensino de reanimação neonatal em sala de parto nos cursos de graduação em medicina no Estado de Minas Gerais.** Rosilu F Barbosa, Eugênio MA Goulart.
- Comentador: ÉRCIO AMARO DE OLIVEIRA FILHO (RS)
- P 10. **Correlação entre o pH da artéria umbilical no nascimento e aspectos perinatais.** José Mauro Madi, Petrônio O Fagundes Filho, Breno F Araujo, Helen Zatti, Renato Luís Rombaldi, Deize Santos et al.
- P 11. **Atendimento ao recém-nascido a termo nas salas de parto de maternidades públicas das capitais brasileiras.** Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B Almeida, José O Costa, Lêni M Anchieta, Lincoln MS Freire, Pesquisadores do PRN da SBP.
- P 12. **Treinamento em reanimação neonatal dos pediatras que atuam nas maternidades públicas das capitais brasileiras.** Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B Almeida, José O Costa, Lêni M Anchieta, Lincoln MS Freire, Pesquisadores PRN da SBP.
- Comentador: PAULO DE JESUS HARTMANN NADER (RS)
- P 13. **Treinamento em reanimação neonatal dos profissionais de enfermagem que atuam nas maternidades públicas das capitais brasileiras.** Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, José O Costa, Lêni M Anchieta, Lincoln MS Freire, Pesquisadores PRN da SBP.
- P 14. **Mapeamento nacional das residências em pediatria quanto à presença de instrutores ativos do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Lêni M Anchieta, José O Costa, Rossiclei S Pinheiro, Elaine NA Figueiredo et al.
- P 15. **Ensino da reanimação neonatal para parteiras.** Rossiclei S Pinheiro, Sonia R Almeida, Ana Paula B Alfaia, Nádia P Figueiredo, Lorena E Hollanda, Elena MA Santos et al.
- Comentadora: LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA (SC)
- P 16. **Pico máximo de pressão obtido com balão auto-inflável com e sem válvula de alívio.** Ana Marily S Ricardo, Marcelle C Amorim, Carlos Alberto M Zaconeta, Jefferson G Resende.
- P 17. **Avaliação de dois métodos de ventilação manual para assistência ao recém-nascido prematuro.** Ana Marily S Ricardo, Carlos Alberto M Zaconeta, Jefferson G Resende.
- P 18. **Ensino de reanimação neonatal em hospitais universitários do Estado de São Paulo.** Sérgio TM Marba, Lígia MSS Rugolo, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Claudio R Aguiar, Maria Regina Bentlin et al.
- Comentadora: LÊNI MARCIA ANCHIETA (MG)
- P 19. **Qualificação dos profissionais que atuam em sala de parto nos hospitais universitários do Estado de São Paulo.** Lígia MSS Rugolo, Sérgio TM Marba, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B Almeida, Claudio R Aguiar, Maria Regina Bentlin et al.
- P 20. **Disponibilidade de material para reanimação neonatal em hospitais universitários do Estado de São Paulo.** Sérgio TM Marba, Lígia MSS Rugolo, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Claudio R Aguiar, Maria Regina Bentlin et al.
- P 21. **Necessidade de reanimação neonatal em sala de parto em hospitais universitários do Estado de São Paulo.** Sérgio TM Marba, Lígia MSS Rugolo, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Fernanda Zimmerman, Edson K Suzuki et al.

PROGRAMA CIENTÍFICO (cont.)

- Comentador: RENATO SOIBELMANN PROCIANOY (RS)
 - P 22. **Muito baixo peso ao nascer: importante fator de risco para reanimação neonatal em sala de parto nos hospitais universitários do Estado de São Paulo.** Lígia MSS Rugolo, Sergio TM Marba, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B Almeida, Fernanda Zimmerman, Edson K Suzuki et al.
 - P 23. **Necessidade de reanimação de recém-nascido em sala de parto na maternidade do hospital Nossa Senhora da Conceição, Tubarão - Santa Catarina, de maio a agosto de 2005.** Aline Z Hädrich, Ana Carolina L Cancelier, Fabiana H T Pinto.
 - P 24. **O pediatra na sala de parto como fator determinante da organização e qualidade da assistência ao recém-nascido.** Manoel Reginaldo R Holanda, Rosa Maria V Santos, Claudia RS Maia, Nívia MR Arrais, Aldenilde R Falcão, Maria José Alves
- Comentador: MILTON HARUMI MIYOSHI (SP)
 - P 25. **Impacto das manobras de reanimação em sala de parto na mortalidade intra-hospitalar e resultado da neuroltrassonografia.** Manoel Reginaldo R Holanda, Áurea N Melo.
 - P 26. **Avaliação clínica e ultrassonográfica do recém-nascido de muito baixo peso ventilado na sala de parto.** Claudia RS Maia, Manoel Reginaldo R Holanda, Nívia MR Arrais, Rosa Maria V Santos, Hélcio S Maranhão.
 - P 27. **O “nascer” no enfoque multiprofissional.** Maria Valdilia N Torres, Marcelo Genestra.
- Comentadora: CLÉA RODRIGUES LEONE (SP)
 - P 28. **Prevalência de Apgar menor ou igual a cinco no primeiro e quinto minuto de vida em hospital de referência para gestação de alto risco.** Karina M Zorzanelli, Andrea L Pereira.
 - P 29. **Frequência dos procedimentos de reanimação neonatal em hospital de referência para gestação de alto risco.** Karina M Zorzanelli, Andrea L Pereira.
 - P 30. **Prevalência de neonatos com desvio do crescimento intra-uterino e Apgar no primeiro minuto de vida.** Virginia C Marques, Jovanna C Anechini, Addressa C Paterlini, Kathia C Pereira, Andrea L Pereira.
- Comentador: EDMAR DE AZAMBUJA SALLES (MS)
 - P 31. **Prematuros entre 23 e 33 semanas ventilados com balão e cânula traqueal ao nascer têm maior chance de óbito na primeira semana?** Célia Mara Di Giovani, Maria Eunice Reis, Fernanda Zucolotto, Filomena B Mello, Maria Fernanda B Almeida, Milton H Miyoshi et al.
 - P 32. **Hipotermia em recém-nascidos de muito baixo peso na primeira hora de vida.** Suely D Nascimento, Filomena B Mello, Sérgio RP Oliveira, Maria Eunice Reis, Maria Fernanda B Almeida, Helenilce PF Costa et al.
 - P 33. **Acidemia fetal e morbimortalidade neonatal precoce.** Graziela L Del Ben, Miriam R Taguchi, Joaquim EB Cabral, Eduardo B Ferreira, Rachel MB Paradella, Sérgio S Ayres et al.
- Comentadora: VANDA MARIA FERREIRA SIMÕES (MA)
 - P 34. **Avaliação do “programa de treinamento para auxiliares de reanimação neonatal” do Hospital Santa Catarina (São Paulo).** Mário C Falcão.
 - P 35. **Recém-nascidos trigêmeos: atendimento nas salas de parto.** Edinéia V Lima, Débora MP Oliveira, Flávia LS Pinto, Maria Ângela Saraiva, Wilma R Tavares, Ruth Guinsburg et al.
 - P 36. **Mortalidade neonatal precoce associada à asfíxia perinatal em 2001 a 2003: diferenças regionais no interior do Estado de São Paulo.** Mandira Daripa, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Helena MG Caldas, Margarete S Jordani, Luis PO Flores et al.
- Comentador: JOSÉ MARIA DE ANDRADE LOPES (RJ)
 - P 37. **Asfíxia perinatal e mortalidade neonatal precoce no interior do Estado de São Paulo: perfil epidemiológico dos óbitos de 2001 a 2003.** Mandira Daripa, Maria Fernanda B Almeida, Ruth Guinsburg, Helena MG Caldas, Margarete S Jordani, Luis PO Flores et al.

PROGRAMA CIENTÍFICO (cont.)

- P 38. **Influência da reanimação neonatal de nascidos vivos com Apgar 1' <3 sobre o Apgar de 5' nas 12 maternidades da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, de acordo com características maternas, pré-natal e do RN em 2003 e 2005.** Clea R. Leone, Geny MM Yao, Lilian SR Sadeck.
- P 39. **Fatores de risco de ocorrência de apgar 1' < 3 em nascidos vivos das 12 maternidades da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo no período de 2004 a 2005.** Lilian SR Sadeck, Geny MM Yao, Cléa R Leone.
- Comentadora: BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SP)
- P 40. **Relação do apgar com mortalidade neonatal nos diferentes grupos de peso.** José Ricardo D Bertagnon, Cintia L Rodrigues.
- P 41. **Diferentes curvas de crescimento intra-uterino como discriminantes das diversas pontuações de Apgar.** Julie Schlesinger, José Ricardo D Bertagnon, Flávia Ravelli, Ana Beatriz Grandini, Katia Androni, Marisa Gazel et al.
- P 42. **Relações entre anoxia neonatal e a hipertensão arterial materna registrada na hora do parto e baixo peso ao nascer.** José Ricardo D Bertagnon, Maria Lucia G Costacurta, Renata Sugimoto.
- Comentadora: ROSA MARIA VAZ DOS SANTOS (RN)
- P 43. **Papel da asfixia perinatal na morbimortalidade neonatal em RN \geq 34 semanas.** Glauce R Fernandes, Miriam Hashimoto, Maria Regina Bentlin, Lígia MSS Rugolo, Antonio Rugolo Jr, Solange Ramirez Daher et al.
- P 44. **Treinamento para auxiliares da reanimação neonatal: experiência satisfatória em um centro terciário.** Maria Regina Bentlin, Miriam Hashimoto, Aline H Marin, Arlete Quessada, Lígia MSS Rugolo, Antonio Rugolo Jr et al.
- P 45. **Apgar e mortalidade neonatal precoce antes e após o treinamento em reanimação neonatal em um centro perinatal terciário.** Lígia MSS Rugolo, Arlete Quessada, Miriam Hashimoto, Aline H Marin, Guida M Cardoso, Priscila C Rodrigues et al.
- Comentadora: LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (BA)
- P 46. **Procedimentos de reanimação em sala de parto de recém-nascidos de muito baixo peso.** Ana Berenice R Carvalho, Angela Sara J Brito, Lígia SL Ferrari, Maria Rafaela C Gonzalez.
- P 47. **Perfil dos recém-nascidos atendidos na sala de parto de uma maternidade pública do município de Fortaleza-CE.** Dilma Veras, Edna Maria C Chaves.
- P 48. **Análise da assistência prestada durante a reanimação neonatal em sala de parto.** Dilma Veras, Silvana S Torres.
- Comentadora: ELAINE AUGUSTA DAS NEVES FIGUEIREDO (PA)
- P 49. **Análise da assistência a recém-nascidos em sala de parto com peso menor do que 1.500g.** Silvana S Torres, Dilma Veras, Edna Maria C Chaves, Nádia MGS Almeida, Álvaro JM Leite.
- P 50. **Necessidade de reanimação neonatal em sala de parto associada a fatores de risco perinatais em maternidade terciária.** Ana Nery M Cavalcante, Maria Willzni S Rios, Robério D Leite, Luciene D Lima, Bárbara SV Teixeira, Luiz Carlos B Souza et al.
- P 51. **Fatores de risco perinatais associados a asfixia em sala de parto.** Maria Willzni S Rios, Roberio D Leite, Guilherme BO Jun.
- Comentadora: CLÁUDIA TANURI (SP)
- P 52. **Proposta de nova fixação de tubo endotraqueal.** Messias Silva, Norberto Machado.
- P 53. **Dispositivo alternativo para aspirar mecônio.** Messias Silva.
- P 54. **Uma melhoria razoável para receber recém-nascidos.** Messias Silva.

PROGRAMA CIENTÍFICO (cont.)

- 14h30 – 16h00** **MESA REDONDA:** *Ventilação do recém-nascido na sala de parto.*
Coordenadora: Lêni M Anchieta (MG)
- 14h30 – 15h00 *Como ensinar a ventilar?*
Louis P Halamek (EUA)
- 15h00 – 15h30 *CPAP na sala de parto: estado da arte.*
Milton H Miyoshi (SP)
- 15h30 – 16h00 *Surfactante na sala de parto: estado da arte.*
Celso M Rebello (SP)
- 16h00 – 16h30** Intervalo
- 16h30 – 17h30** **COLÓQUIO:** *Ventilação na sala de parto.*
Coordenadores: José Maria A Lopes (RJ)
Sonia MC Hermont (MG)
Participantes: Louis P Halamek (EUA)
Milton H Miyoshi (SP)
Celso M Rebello (SP)
- 17h30 – 18h30 Reunião Administrativa dos Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria

19/08/2006 (sábado)

- 8h30 – 10h00** **COLÓQUIO:** *Controvérsias a respeito do uso de medicações na reanimação.*
Coordenadoras: Ruth Guinsburg (SP)
Ana Maria S Meyge (MG)
Participantes: David W Boyle (EUA)
William J Keenan (EUA)
- 10h00 – 10h30** Intervalo
- 10h30 – 11h15** **CONFERÊNCIA:** *Novas fronteiras na educação em reanimação neonatal.*
Presidente: Maria Fernanda B de Almeida (SP)
Conferencista: Louis P Halamek (EUA)
- 11h15 – 12h00** **CONFERÊNCIA:** *Dilemas éticos na reanimação neonatal*
Presidente: José Orleans da Costa (MG)
Conferencista: Cléa R. Leone (SP)
- 12h00** Encerramento



TEMAS LIVRES

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Caro Participante,

O Simpósio recebeu 54 temas livres provenientes de 10 estados brasileiros. Cada tema livre foi avaliado por meio de um questionário estruturado por 2-3 neonatologistas da Comissão Científica e de Temas Livres que desconheciam os autores e local em que foi realizada a pesquisa. Uma vez avaliados, todos os trabalhos foram aceitos para a apresentação em forma de pôster com a finalidade de propiciar discussão e crescimento para os médicos envolvidos com a reanimação neonatal em nosso país.

Convidamos todos os congressistas a comparecerem à Sessão de Visitas aos Pôsteres a ser realizada no dia 18 de agosto das 13h30 às 14h30. Neste período um dos autores estará presente junto ao seu pôster para discuti-lo com o comentador e os visitantes.

Para a publicação nos Anais do Simpósio, os trabalhos foram ordenados de acordo com os painéis de apresentação. A pontuação média obtida na avaliação dos pareceristas guiou a decisão a respeito da escolha dos classificados e do ganhador do prêmio.

Lícia Maria Oliveira Moreira e Lúcia Maria de Sousa Suppo Rugolo
Presidentes da Comissão de Temas Livres



TEMAS LIVRES CLASSIFICADOS PARA O PRÊMIO “REANIMAÇÃO NEONATAL”

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL
17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

- Pôster 05** - Evolução neurológica de recém-nascidos asfixiados.
- Pôster 07** - Estamos ensinando nossos alunos de medicina a recepcionarem recém-nascidos?
- Pôster 10** - Correlação entre o pH da artéria umbilical no nascimento e aspectos perinatais.
- Pôster 11** - Atendimento ao recém-nascido a termo nas salas de parto de maternidades públicas das capitais brasileiras.
- Pôster 12** - Treinamento em reanimação neonatal dos pediatras que atuam nas maternidades públicas das capitais brasileiras.
- Pôster 13** - Treinamento em reanimação neonatal dos profissionais de enfermagem que atuam nas maternidades públicas das capitais brasileiras.
- Pôster 14** - Mapeamento nacional das residências em pediatria quanto à presença de instrutores ativos do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.
- Pôster 16** - Pico máximo de pressão obtido com balão auto-inflável com e sem válvula de alívio.
- Pôster 17** - Avaliação de dois métodos de ventilação manual para assistência ao RN prematuro.
- Pôster 18** - Ensino de reanimação neonatal em hospitais universitários do Estado de São Paulo.
- Pôster 19** - Qualificação dos profissionais que atuam em sala de parto nos hospitais universitários do Estado de São Paulo.
- Pôster 20** - Disponibilidade de material para reanimação neonatal em hospitais universitários do Estado de São Paulo.
- Pôster 21** - Necessidade de reanimação neonatal em sala de parto em hospitais universitários do Estado de São Paulo.
- Pôster 22** - Muito baixo peso ao nascer: importante fator de risco para reanimação neonatal em sala de parto nos hospitais universitários do Estado de São Paulo.
- Pôster 32** - Hipotermia em recém-nascidos de muito baixo peso na primeira hora de vida.
- Pôster 33** - Acidemia fetal e morbimortalidade neonatal precoce.
- Pôster 34** - Avaliação do “programa de treinamento para auxiliares de reanimação neonatal” do Hospital Santa Catarina (São Paulo).
- Pôster 35** - Recém-nascidos trigêmeos: atendimento nas salas de parto.
- Pôster 36** - Mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal em 2001 a 2003: diferenças regionais no interior do Estado de São Paulo.
- Pôster 37** - Asfixia perinatal e mortalidade neonatal precoce no interior do Estado de São Paulo: perfil epidemiológico dos óbitos de 2001 a 2003.
- Pôster 39** - Fatores de risco de ocorrência de Apgar 1' <3 em nascidos vivos das 12 maternidades da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo no período de 2004 a 2005.
- Pôster 44** - Treinamento para auxiliares da reanimação neonatal: experiência satisfatória em um centro terciário.



Pôster 01 - GRAU DE INSTRUÇÃO DO AUXILIAR DA REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL.

MARINA ROSA FARIA; ADRIANA SUCASAS NEGRÃO; ALEXANDRA CECÍLIA SOUZA; ANA CLÁUDIA P CINTRA; ANDRÉIA APARECI C SANTOS; ANDREA PENHA S FERNANDES; ANDREA RUSSI; ANTONIO JOÃO C COSTA; CLÁUDIA MACAPANI CAVALCANTI; CLAYDE CÁSSIA SANTOS; DANTE ARMANDO C ABENSUR; JOSÉ ARIMATÉIA SANTOS; JANE CARLA SANAZAR; LUTUFYO WITSOM MWAMAKAMBA; MAGDA MIRANDA PIRES; MARISTELA RODRIGUES PINHO; MARISOL BELO NOGUEIRA; MONICA AURÉLIA BS MWAMAKAMBA; MONICA BUENO L TIBANA; NELSON DOUGLAS EIZEMBAUM; PASCUALA EVANGELINA JIJUHAHUA; REGINA CÉLIA A SABBAG.

Instituição: Conjunto Hospitalar do Mandaqui - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A assistência padronizada do RN na sala de parto por profissionais treinados é importante para prevenir e/ou diminuir a morbimortalidade neonatal precoce decorrente do nascimento de prematuros extremos ou de asfixia. **Objetivo:** Avaliar o grau de instrução relacionado ao treinamento em reanimação neonatal dos profissionais que atuam na sala de parto. **Métodos:** Estudo transversal realizado em setembro de 2003 em uma maternidade pública estadual. Foram analisados todos os profissionais que auxiliam na reanimação na sala de parto e o seu grau de instrução com relação ao curso teórico-prático em reanimação neonatal. Foram analisados todos os bebês nascidos neste período e divididos quanto ao peso de nascimento, o Apgar, o tipo de procedimento necessário e o número de profissionais que atuaram nos casos de asfixia moderada e grave e nos casos de muito baixo peso. **Resultados:** No Centro Obstétrico deste hospital público atuam 4 enfermeiras (Enf) e 25 auxiliares de enfermagem (AE). Destes, apenas 2 Enf e 1 AE tinham feito um curso teórico-prático de reanimação neonatal maior de 8 horas e 2 auxiliares de enfermagem tinham feito um curso teórico de menos de 2 horas. No período analisado nasceram 240 bebês assim distribuídos com relação ao peso de nascimento: 2 < 999g; 2 entre 1000-1499g; 7 entre 1500-1999g; 17 entre 2000-2499g e 212 > 2500g e quanto à idade gestacional: 2 < 30 semanas; 23 entre 31-36 sem e 215 > 37 sem. Apgar de 1º minuto < 3 em 10 bebês e entre 4-6 em 25 bebês; Apgar de 5º minuto < 3 em nenhum bebê e entre 4-6 em 3 bebês. Dos bebês atendidos que necessitaram algum procedimento de reanimação, 42,5% receberam oxigênio inalatório; 13,7% ventilação com pressão positiva com balão e máscara, 6,2% foram intubados e apenas 0,4% foi cateterizado. Com relação aos profissionais que atenderam o bebê na sala de parto: Pediatra (P)+AE: 177, P sozinho: 24, P+2AE: 14, P+Enfermeira: 13, AE sozinho: 5, P+Residente+AE: 4, Enf sozinho: 1, P+AE+Anestesiologista: 1. Com relação aos bebês de risco 10 tiveram Apgar de 1º min<3, destes, 50% foram atendidos por P+2AE, 30% por P+AE e 20% por P+Enf; 25 tiveram Apgar de 1º min entre 4-6 sendo que 64% foram atendidos por P+AE, 12% por P+Enf, 16% por P+2AE e 8% por P. E 3 bebês tiveram Apgar de 5º min entre 4-6 sendo que todos foram atendidos por P+AE. Com relação ao peso de nascimento 2 bebês < 999g foram atendidos por P+AE; 2 bebês entre 1000-1499g foram também atendidos por P+AE. **Conclusão:** A presença do AE na reanimação neonatal é marcante. Assim, é importante e necessária a realização do curso teórico-prático para auxiliares da reanimação neonatal para que haja padronização das condutas dos profissionais visto que, na grande maioria dos nascimentos e em todos os casos de risco o P atua junto com o AE. Após este trabalho foi realizado um primeiro Curso para Auxiliares da Reanimação e treinado 60% dos profissionais do centro obstétrico.

Pôster 02 - PERFIL DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

TULIO KONSTANTYNER; MÔNICA DE SOUZA B PINHEIRO; SILVIA HIROMI KAWAKAMI; MARCELO ROSSI.

Instituição: Hospital Geral de Itapeverica da Serra - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A reanimação neonatal é necessária em quase 80% dos recém-nascidos (RN) com peso inferior a 1500 gramas. A prevenção e o tratamento da depressão neonatal continuam a ser um grande desafio em países em desenvolvimento como o Brasil. O muito baixo peso ao nascer apresenta-se como uma situação de alto risco de instalação de complicações neonatais como a asfixia perinatal. **Objetivo:** Conhecer a prevalência das manobras de reanimação neonatal realizadas no atendimento destas crianças de risco na sala de parto por equipe treinada conforme as normas do programa de reanimação neonatal em uma maternidade pública do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo transversal de todos os RN de muito baixo peso nascidos em 2005 (N=58) em maternidade pública estadual de referência de partos de risco. Os dados foram coletados por meio de revisão de prontuários. As informações foram preenchidas e validadas por meio de dupla digitação. Para a análise dos dados foi utilizado o programa estatístico EPI 2000. **Resultados:** todos os 58 RN estudados (100%) foram submetidos aos passos iniciais da reanimação. 51 (87,9%) receberam ventilação com pressão positiva (VPP), sendo que 33 (56,9%) foram ventilados por cânula orotraqueal. De toda a amostra estudada, 6 (10,3%) indivíduos necessitaram de massagem cardíaca e apenas 5 (8,6%) receberam medicações. A Adrenalina foi a medicação mais utilizada na sala de parto (N=5) e a via de administração mais usada foi a cânula orotraqueal. Apenas 2 crianças (3,4%) foram submetidos ao cateterismo umbilical durante as manobras de reanimação. Dos 58 RN, 1 (1,7%) teve o

óbito como desfecho ainda na sala de parto e 57 (98,3%) foram encaminhados a unidade de terapia intensiva neonatal para continuidade dos cuidados. **Conclusão:** a alta prevalência do uso de VPP indica a presença frequente de uma das condições indicadoras (apnéia/gasping, frequência cardíaca menor que 100 bpm ou cianose central persistente) após a realização dos passos iniciais. Entretanto, houve uma baixa prevalência de massagem cardíaca e de uso de medicações. Tal aspecto, associado à baixa prevalência de óbito na sala de parto, confirma que a ventilação pulmonar é o procedimento mais importante e mais efetivo na reanimação de RN de muito baixo peso em sala de parto e evidencia a necessidade da equipe estar treinada para a execução deste procedimento prevenindo a instalação ou tratando a asfixia perinatal, responsável por alta morbimortalidade destes RN. Os resultados deste estudo orientam médicos e auxiliares sobre o risco do uso destas manobras nessa população de RN, contribuindo para uma assistência rápida e eficiente como mecanismo de proteção contra a lesão cerebral.

Pôster 03 - ATENDIMENTO NA SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL.

GUILHERME DE ASSIS SANCHO; SIMONE A BASSO DA SILVA; CLAUDIA ROSSI; ANA CLAUDIA Y PRESTES; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; MILTON HARUMI MIYOSHI; RUTH GUINSBURG; LUCIANO SILVEIRA ONOFRE; JAQUES PINUS; ANTONIO FERNANDES MORON; AMÉLIA MIYASHIRO N DOS SANTOS.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Os defeitos de parede abdominal incidem em 1 para cada 5.000 a 10.000 nascidos vivos. O atendimento na sala de parto pode determinar a morbidade e o prognóstico de tais pacientes. **Objetivo:** Avaliar, ao nascimento, a necessidade de procedimentos de reanimação e de cuidados relativos à malformação em pacientes com gastrosquise e onfalocele. **Métodos:** Coorte retrospectiva de nascidos com diagnóstico pré-natal de defeito de fechamento de parede abdominal em Jan/04-Abr/06, em hospital universitário terciário. A recepção dos recém-nascidos (RN) na sala de parto foi realizada por médicos treinados segundo o Programa de Reanimação Neonatal da SBP. Faz-se curativo com gaze úmida e aquecida, recoberto por faixa ortopédica, e transporta-se o RN em incubadora. Coletaram-se dados maternos e neonatais, variáveis relativas à reanimação, ao tipo e aspecto da malformação, à equipe assistencial, ao transporte para UTI neonatal e à evolução para alta/óbito. Os dados estão descritos em mediana (variação) ou frequência. **Resultados:** No período, nasceram 18 pacientes: 7 onfalocelos e 11 gastrosquises. As mães tinham 20 anos (15-41) e 72% eram primíparas. A época do diagnóstico pré-natal da malformação era conhecida em 16 (89%) RN, sendo 28 semanas (16-35). Quanto às características obstétricas: parto cesárea - 15 (83%), apresentação pélvica - 2 (11%), amniorrexe <12h em 17 (94%); líquido meconial - 6 (33%). Os 18 RN foram recepcionados por 2-4 médicos: 16 por um ou mais neonatologistas e 2 por neonatologistas em formação. O cirurgião pediátrico participou do atendimento em sala de parto em 5 casos. Características neonatais: peso 2277g (875-4210g), com 10 (56%) de baixo peso; IG 36,7 semanas (31-39,5), com 3 (17%) <34 semanas; 9 (56%) AIG e 8 (39%) PIG; 10 (56%) femininos. Quanto à reanimação, 11 (61%) receberam só O2 inalatório; 7 (39%) precisaram de ventilação, sendo 5 intubados e, destes, 1 recebeu massagem cardíaca e adrenalina endotraqueal. O Apgar de 7-10 no 1º e 5º minutos ocorreu, respectivamente, em 14 (78%) e 16 (89%) RN. Das 7 onfalocelos, 2 estavam rotas ao nascimento e o curativo preconizado foi realizado em 6 RN: 4 por neonatologista e 1 por cirurgião pediátrico. Das 11 gastrosquises, o curativo preconizado foi feito em 10 RN: 6 por neonatologista e 4 por cirurgião pediátrico. Todos, exceto 1 paciente com liminar para interrupção da gestação, foram transportados em incubadora para UTI (3 em ventilação). Dos 18 pacientes, 13 foram submetidos à correção do defeito com 5h de vida (2-26), 11 (61%) sobreviveram [tempo de internação 22 dias (8-60)] e 7 faleceram (causas: 1 interrupção judicial- S. de Edwards, 1 S. de Edwards, 1 Pentalogia de Cantrell, 2 malformações múltiplas, 1 Insuficiência Renal e 1 sepse). **Conclusão:** Recém-nascidos com defeitos de fechamento de parede abdominal necessitam, com frequência elevada, de ventilação com pressão positiva: 39% versus 6% relatado na população de nascidos vivos. Equipe treinada em reanimação é imprescindível no atendimento destes pacientes. A presença do cirurgião pediátrico na sala de parto para avaliar o defeito ajuda a diminuir a manipulação posterior e a decidir a urgência da conduta, contribuindo para um melhor prognóstico.

Pôster 04 - ATENDIMENTO NA SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS COM DEFEITO DE FECHAMENTO DE TUBO NEURAL.

SIMONE A BASSO DA SILVA; GUILHERME DE ASSIS SANCHO; CLAUDIA ROSSI; ANA CLAUDIA Y PRESTES; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; MILTON HARUMI MIYOSHI; SÉRGIO CAVALHEIRO; ANTONIO FERNANDES MORON; AMÉLIA MIYASHIRO N DOS SANTOS.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Os defeitos de tubo neural incidem em 0,2-0,4/1000 nascidos vivos. O atendimento na sala de parto pode influir na morbidade e prognóstico de tais pacientes. **Objetivo:** Avaliar, ao nascimento, a necessidade de procedimentos de reanimação e de cuidados relativos à malformação em pacientes com defeito de fechamento de



tubo neural. **Métodos:** Coorte retrospectiva de nascidos com diagnóstico pré-natal de defeito de fechamento de tubo neural em Jan/04-Abr/06, em hospital universitário terciário. A recepção dos recém-nascidos (RN) na sala de parto foi realizada por médicos treinados segundo o Programa de Reanimação Neonatal da SBP. Ao nascimento, preconiza-se colocar o RN em decúbito lateral para a execução dos procedimentos necessários. Faz-se curativo com gaze úmida e aquecida, recoberto por faixa ortopédica. Transporta-se o RN em incubadora, em decúbito lateral/ventral. Coletaram-se dados maternos e neonatais, variáveis relativas à reanimação, ao tipo e aspecto da malformação, à equipe assistencial, ao transporte para UTI neonatal e à evolução para alta/óbito. Os dados estão descritos em mediana (variação) ou frequência. **Resultados:** No período, nasceram 29 pacientes: 4 encefaloceles e 25 mielomeningoceles. As mães tinham 25 anos (16-38) e 76% eram múltiparas. A época do diagnóstico pré-natal do defeito era conhecida em 21 (72 %) RN, sendo 25 semanas (12-35). A derivação ventrículo-amniótica foi realizada entre 29-32 semanas em 5 fetos e a mielomeningocele foi corrigida entre 25-26 semanas em 3 fetos. Quanto às características obstétricas: parto cesárea - 28 (97%), apresentação pélvica - 5 (17%), amniorrexe <6h em 29 (100%); líquido meconial - 7 (24%). Os 29 RN foram recepcionados por 2-3 médicos: 21 por um ou mais neonatologistas e 8 por neonatologistas em formação. O neurocirurgião não participou do atendimento em sala de parto. Características neonatais: peso 2675g [9 (31%) baixo peso]; IG 37,3 semanas [5 (17%) <34 semanas]; 21 (72%) AIG; 15 (52%) masculinos. Quanto à reanimação, 2 (7%) não necessitaram; 19 (66%) receberam só O2 inalatório; 8 (27%) precisaram de ventilação, sendo 3 intubados e, destes, 1 recebeu massagem cardíaca. O Apgar de 7-10 no 1º e 5º minutos ocorreu, respectivamente, em 23 (79%) e 27 (93%) RN. Das 4 encefaloceles e 25 mielomeningoceles, respectivamente, 2 e 12 estavam rotas ao nascimento. O curativo preconizado foi realizado pelo neonatologista em 28 RN e todos foram transportados em incubadora para UTI (3 em ventilação). Dos 29 pacientes, 28 foram submetidos à correção com 29h de vida (4-480), 26 (90%) sobreviveram [tempo de internação 23 dias (8-103)] e 3 faleceram (causas: agenesia renal; hidranencefalia; sepse). **Conclusão:** Observou-se alta incidência de apresentações anômalas, líquido amniótico meconial e baixo peso, caracterizando uma população que necessita, em frequência elevada, de ventilação com pressão positiva. A presença de equipe treinada em reanimação contribuiu para que 93% dos RN obtivessem Apgar 7-10 no 5º minuto de vida. Como 50% dos defeitos de tubo neural estavam rotos ao nascimento, é importante a presença do neurocirurgião na sala de parto para avaliar o defeito e diminuir a manipulação posterior, contribuindo assim para um melhor prognóstico.

Pôster 05 - EVOLUÇÃO NEUROLÓGICA DE RECÉM-NASCIDOS ASFIXIADOS.

IZILDA RODRIGUES M ROSA; SÉRGIO TADEU M MARBA; VALERIANA L DE MOURA RIBEIRO.

Instituição: CAISM - UNICAMP - **Cidade/UF:** CAMPINAS/SP

Objetivo: Avaliar a evolução neurológica e de desenvolvimento pelo Denver Developmental Screening Test (DDST) de recém-nascidos com asfixia neonatal, à idade de 1 ano e a associação dessa evolução com variáveis maternas, obstétricas, perinatais, neonatais e pós-neonatais. **Métodos:** Estudo analítico observacional de coorte, das consultas de três, seis meses e 1 ano, de 81 recém-nascidos de termo, da maternidade do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Asfixia foi diagnosticada pela presença de pelo menos três dos critérios de reanimação neonatal: Apgar de 5º minuto <6, tempo de reanimação >1 minuto, após ventilação com pressão positiva, comprometimento neurológico e comprometimento sistêmico. A análise estatística foi descritiva, comparativa, bivariada e múltipla por regressão logística, com nível de significância de 5%. Foram calculadas a sensibilidade (S), especificidade (E), VPP, VPN e acurácia das variáveis em relação ao exame neurológico e o DDST com 1 ano. **Resultados:** Com 1 ano 54(66,6%) crianças eram normais e destas, 34 tiveram alterações neurológicas transitórias em pelo menos uma das consultas anteriores. 27(33,3%) tinham exame neurológico anormal. O DDST mostrou 66(82%) normais e 15(18%) com atraso. Na análise bivariada, as variáveis estatisticamente significativas para exame neurológico alterado com 1 ano foram a hipertensão arterial sistêmica materna, o edema cerebral pelo ultrassom (US), exame neurológico alterado da primeira semana e o tempo de internação > 12 dias e as interações edema cerebral pelo ultrassom com exame da primeira semana e necessidade de ventilação durante a internação e exame neurológico da primeira semana. Na análise múltipla, permaneceram a hipertensão materna, o edema cerebral pelo US e a interação exame de 7 dias e edema cerebral no US. Em relação ao DDST, a análise bivariada mostrou associados com atraso de desenvolvimento, o acometimento de mais de três sistemas, encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) graus 2 e 3, convulsões nas 24 horas, necessidade de ventilação durante a internação, insuficiência renal, início da alimentação oral >4 dias e tempo de internação >12 dias e na regressão logística somente o exame neurológico da primeira semana mostrou associação independente com o atraso no DDST. As variáveis que reuniram maiores S, E, VPP, VPN e acurácia para prognóstico neurológico alterado de 1 ano foram o exame neurológico de 7 dias e a interação edema cerebral pelo US com exame de 7 dias e em relação ao DDST foram: EHI 2 ou 3, convulsões, edema cerebral pelo US e o exame neurológico de 7 dias. **Conclusão:** A asfixia neonatal ainda contribui para um grande número de comprometimentos neurológicos, associados a eventos clínicos precoces ou tardios, que isoladamente ou em associação, podem prever má evolução e a importância

das manifestações clínicas deve ser analisada do ponto de vista do diagnóstico e tratamento precoce, na reanimação neonatal e internação, bem como do prognóstico, possibilitando orientação das famílias e encaminhamento para programas de intervenção. Há, no entanto, um contingente de crianças com anormalidade transitória, cujo conhecimento é importante, para evitar o pessimismo nesse mesmo aconselhamento.

Pôster 06 - CARACTERÍSTICAS DA REANIMAÇÃO EM PRÉ-TERMOS COM PESO AO NASCER ABAIXO DE 1500g.

ROGER BROCK; JULIANA NASCIMENTO SILVA; MARIANA MORETTO; FLAVIA MARIANO L COSTA; SANDRA FROTA A. GIANELO; SILVIA ESPIRIDIANO.

Instituição: Faculdade de Medicina do ABC - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Com a evolução dos conhecimentos médicos associada ao avanço da tecnologia após a revolução industrial no século passado, a incidência de recém-nascidos prematuros vem crescendo de maneira assombrosa, com neonatos cada vez menores, contribuindo para a morbi-mortalidade principalmente dos nascidos com menos de 1500g. Isto se relaciona principalmente com a saúde materna e a atenção perinatal, onde se destaca a reanimação neonatal. **Objetivo:** Avaliação dos critérios utilizados na reanimação neonatal e relacionar com variáveis maternas, fetais e de condições de nascimento. **Métodos:** Foram avaliadas as condições de nascimento e as manobras necessárias de reanimação em 84 prematuros com peso de nascimento igual ou menor que 1500g Dezembro de 2003 a Dezembro de 2005. Todos os recém-nascidos foram recepcionados por neonatologista habilitado em reanimação neonatal. Foram avaliadas as variáveis: idade materna, paridade, doenças maternas, intercorrências na gestação e parto, tipo de parto, tipo de anestesia, sexo do RN, Apgar de 1º minuto, Apgar de 5º minuto, peso ao nascer, idade gestacional e manobras de reanimação. **Resultados:** A idade média das mães foi de 27 anos com 55,96% entre 16 e 30 anos e 5,95% com menos de 15 anos. As primigestas eram 44,05% e 17,86% tinham 5 ou mais gestações. As patologias maternas mais frequentes foram ITU (22,62%) e síndromes hipertensivas (20,24%). O parto normal ocorreu em 35,71% e cesáreas ocorreram em 64,29% dos casos e 61,90% das pacientes receberam raquianestesia. Quanto ao sexo, o masculino representou 52,38% do total. As crianças com peso de nascimento entre 1001 e 1500g foram 57,14%, sendo que 23,81% estavam entre 751 e 1000g, 13,10% entre 501 e 750g e 4,76% abaixo de 500g. O Apgar médio de 1º minuto foi de 6, com 27% abaixo de 3. No quinto minuto a média foi de 8, com 15,48% abaixo de 7. Quanto à necessidade de reanimação, uma criança recebeu apenas cuidados de rotina. Um total de 30,95% recebeu oxigênio inalatório. A ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi necessária em 30,95% e desses 11,90% necessitaram intubação oro-traqueal e massagem cardíaca e 5,95% receberam também medicações. **Conclusão:** Mesmo com recém-nascidos com peso e idades gestacionais muito baixos, a reanimação realizada por neonatologista habilitado resulta, na maioria dos casos, em recuperação significativa, em grande parte das crianças, sem necessidade de manobras mais agressivas.

Pôster 07 - ESTAMOS ENSINANDO NOSSOS ALUNOS DE MEDICINA A RECEPCIONAREM RECÉM-NASCIDOS?

MARIA LÚCIA S FERLIN; ANA PAULA P CARLOTTI; FRANCISCO EULÓGIO MARTINEZ.

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP - **Cidade/UF:** RIBEIRÃO PRETO/SP

Introdução: É consenso que o ensino da reanimação neonatal deve fazer parte dos currículos das instituições, devendo ter uma equipe responsável para este treinamento e ser requisito fundamental para ensino médico. A competência deve ser exigida para alunos e pós-graduados. **Objetivo:** Avaliar os conhecimentos básicos sobre reanimação neonatal dos médicos que prestaram concurso para Residência Médica em 2004 num hospital público. **Métodos:** Estudo transversal onde se analisou o desempenho dos candidatos em duas questões versando sobre recepção de recém-nascido. Uma questão teórica que objetivava avaliar o conhecimento a respeito dos primeiros passos da recepção e numa prova prática onde se avaliou a habilidade do candidato em executar os primeiros passos e de indicar e executar a ventilação com balão e máscara. **Resultados:** Dos 642 candidatos provenientes de 66 diferentes faculdades, apenas 151 (23,5%) acertaram a questão teórica. A taxa de acerto foi significativamente maior entre os egressos das escolas médicas públicas de São Paulo quando comparadas com as demais escolas do Brasil (52,5% vs 9,2%, $p < 0,05$). Realizaram a prova prática 436 candidatos. Comparando-se as notas dos egressos das escolas estaduais de São Paulo com as das demais faculdades, tem-se média e desvio padrão de $5,9 \pm 2,6$ vs $4,1 \pm 2,1$, com 95% do intervalo de confiança de 5,5-6,3 contra 3,9-4,4 ($p < 0,001$). As notas obtidas no exame prático, pelos alunos que acertaram a questão teórica, foram significativamente maiores do que as notas obtidas pelos alunos que erraram a questão teórica ($p < 0,05$). **Conclusão:** O conhecimento dos egressos das escolas médicas a respeito do atendimento ao recém-nascido na sala de parto está muito precário, existindo, portanto, a premente necessidade de que seja dada maior ênfase ao ensino da reanimação neonatal durante a graduação em medicina.



Pôster 08 - APGAR INFERIOR A 7 NO QUINTO MINUTO DE VIDA X MÉTODO DE REANIMAÇÃO UTILIZADO NA SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL DE NÍVEL DE ATENDIMENTO SECUNDÁRIO NA ZONA LESTE DE SÃO PAULO.

MARIA ESTHER J CECCON; CLAUDIA GIOLO; CECILIA LIN T YU; CRISTINA ERICO YOSHIMOTO; LUCIANA BEDANTE; FLAVIO ADOLFO C VAZ.

Instituição: Hospital Estadual de Sapopemba do HC-FMUSP - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A mortalidade e a morbidade decorrente da asfixia perinatal é um problema de saúde pública uma vez que está relacionada com a presença de várias seqüelas importantes, principalmente neurológicas. A atuação do pediatra e/ou neonatologista treinado em reanimação do recém-nascido na sala de parto pode minimizar essas seqüelas. **Objetivo:** Verificar durante o primeiro ano de funcionamento da UTI neonatal deste hospital o número de crianças que apresentaram boletim de Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida e relatar quais foram os métodos de reanimação utilizados. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo descritivo dos dados de todos os RN que apresentaram boletim de Apgar inferior a 7 admitidos no berçário no período de Abril de 2005 a Abril de 2006. Os dados foram levantados; através de protocolo confeccionado com esta finalidade. **Resultados:** Durante o período de estudo registraram-se 3440 nascimentos, destes 51 RN (1,5%) apresentaram Apgar inferior a 7 no quinto minuto de vida. Em relação ao peso de nascimento, 1 RN (1,9%) apresentou peso superior a 4000 g, 26 (50,9%) entre 2500-4000g, 11 (21,5%) entre 1500 a 2500g e 13 (25,5%) abaixo de 1500g. A média de idade materna foi de 25 anos. Destes RN 50,9% foram classificados como de termo e 49,0% como pré-termos. Em relação ao sexo, 51% dos RN foram do sexo feminino e 49% do sexo masculino. Em relação aos procedimentos utilizados para reanimação na sala de parto, 10 (20,0%) necessitaram de ventilação com pressão positiva através de balão e máscara isoladamente e 41 (80,39%) necessitaram de intubação endotraqueal e ventilação com pressão positiva através de balão e máscara. Entre os 51 RN, a causa da asfixia foi a presença de líquido meconial em 13 (25,5%). Salientamos que 7 RN da casuística (13,7%), tiveram boletim de Apgar entre 0-3 no quinto minuto. Houve 8 óbitos (15,6%), sendo que 6 destes (75,0%) aconteceram nos RN que tiveram Apgar de 0-3 no quinto minuto. **Conclusão:** Constatamos que o número de RN com Apgar inferior a 7 é elevado e apesar de ser um hospital de nível de atendimento secundário, a equipe de plantonistas está treinada, para o atendimento do RN grave. O Apgar entre 0-3 no quinto minuto esteve mais associado ao óbito do que valores superiores.

Pôster 09 - AVALIAÇÃO DO ENSINO DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA NO ESTADO DE MINAS GERAIS.

ROSILU FERREIRA BARBOSA; EUGÊNIO MARCOS A GOULART.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais - **Cidade/UF:** BELO HORIZONTE/MG

Introdução: A asfixia perinatal é considerada a terceira causa mais freqüente de mortalidade neonatal, que persiste aumentando em todo o mundo. A reanimação neonatal é uma das intervenções eficazes na redução da morbimortalidade neonatal. **Objetivo:** Avaliar o ensino de reanimação neonatal em sala de parto ministrado na graduação em Medicina das escolas de um estado brasileiro. **Métodos:** Uma amostra de 534 alunos, correspondente à soma da metade do número de vagas de cada uma das 10 escolas médicas, públicas e privadas de um estado brasileiro, reconhecidas pelo Ministério da Educação e Cultura, foi voluntariamente submetida à prova teórica de múltipla escolha utilizada no curso teórico-prático do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), baseado na metodologia da American Academy of Pediatrics e American Heart Association, introduzida em 1987, difundida e validada em todo o mundo. A SBP autorizou a utilização de sua prova e os Comitês de Ética e Pesquisa das faculdades aprovaram o estudo. Foram realizadas 26 visitas às escolas para obtenção da amostra e percorridos 11.820 quilômetros. Todos os alunos avaliados receberam previamente o treinamento teórico em reanimação neonatal preconizado pelos currículos. O desempenho das escolas e dos estudantes foi avaliado quanto ao ponto de corte estabelecido pela SBP para aprovação (acerto >80% das questões), e mais três outros pontos de corte (>70, 60 e 50%) de acerto. As questões erradas foram analisadas quanto ao tópico da reanimação (passos iniciais, ventilação, massagem cardíaca, intubação traqueal ou medicações). O desempenho dos alunos foi relacionado ao internato de Pediatria, treinamento prévio pela SBP, categoria administrativa da escola (pública ou privada) e diferenças entre os currículos médicos. **Resultados:** Entre as escolas, a maior média de acerto foi 64,6% e a menor 48,6% das questões. Apenas três (0,6%) alunos, em 534, obtiveram acerto >80%. Em somente duas escolas a maioria dos alunos obteve acerto >60%, em duas outras a maioria acertou menos da metade da prova. Embora tenha havido tendência de melhor resultado das escolas públicas, não houve diferença significativa entre as 10 escolas. O desempenho dos alunos foi melhor durante o internato de Pediatria; apenas 1,5% freqüentaram o curso da SBP. Os currículos eram semelhantes quanto à quase ausência de aulas práticas. As questões mais erradas foram sobre a forma de aspiração de mecônio da traquéia (89,3% dos alunos), o volume máximo do balão para ventilação de recém-nascidos (86,1%) e as com-

plicações do bicarbonato de sódio (80,9%). A maioria dos alunos não conhecia a seqüência dos passos iniciais de reanimação neonatal e a técnica de ventilação com pressão positiva. **Conclusão:** a quase totalidade dos alunos avaliados não seria aprovada na prova de reanimação neonatal da SBP. O desempenho da imensa maioria permaneceu abaixo de 80, 70 e mesmo, 60% de acerto. Os alunos de Medicina desse estado brasileiro, e, possivelmente de todo o Brasil, concluem o curso de graduação sem conhecer os fundamentos teóricos de reanimação neonatal, inclusive dos passos mais freqüentemente indicados na sala de parto.

Pôster 10 - CORRELAÇÃO ENTRE O pH DA ARTÉRIA UMBILICAL NO NASCIMENTO E ASPECTOS PERINATAIS.

JOSÉ MAURO MADI; PETRÔNIO O FAGUNDES FILHO; BRENO FAUTH ARAUJO; HELEN ZATTI; RENATO LUÍS ROMBALDI; DEIZE SANTOS; CLAUDIA NICOLE HENKE.

Instituição: Hospital Geral de Caxias do Sul - **Cidade/UF:** CAXIAS DO SUL/RS

Introdução: O pH umbilical pode representar importante elemento na avaliação dos cuidados a serem implementados no período pós-parto imediato. **Objetivo:** Correlacionar variáveis perinatais com valores de pH do sangue da artéria umbilical no nascimento. **Métodos:** analisaram-se 11.602 nascimentos ocorridos de março/1998 a abril/2005. Foram considerados fatores de inclusão: gestações únicas, idade gestacional ≥ 37 semanas e ausência de malformação fetal. Assim, do total citado, foram selecionados 8.125 casos. Destes, foram analisados os últimos 1.155 nascimentos consecutivos que apresentavam gasometria dos gases dos vasos umbilicais. Foram consideradas normais, taxas de pH $\geq 7,10 < 7,3$, e anormais, $< 7,10$. Analisaram-se o Apgar de 1º e 5º minutos, via de parto, compressão do cordão umbilical, presença de mecônio, necessidade de internação em ambiente de intensivismo; e ocorrência de restrição do peso fetal. Usou-se o teste do qui-quadrado e nível de significância de 5%. **Resultados:** O pH de artéria umbilical $< 7,10$ associou-se significativamente ao Apgar < 7 no 1º e no 5º min - [p<0,000001; OR 7,43 (4,54-12,15)] e [p<0,000001; OR 12,51 (4,51-4,53)], respectivamente, e à necessidade de tratamento intensivo [p<0,000002; OR 3,89 (2,18-6,90)]. Não observou-se significância estatística entre pH $< 7,10$ e mecônio, compressão de cordão e nascituros com peso inferior ao percentil 10. Quando o pH foi $< 7,10$, foi observado associação significativa entre parto vaginal com e sem o uso de fórcepe, e partos cesáreo e vaginal: p<0,001; OR 5,59 (1,47-19,47) e p<0,00002; OR 2,56 (1,59-4,14), respectivamente. **Conclusão:** Os valores do pH de artéria umbilical, obtidos por ocasião do parto, se inferiores a 7,10, apresentaram associação significativa com as condições de nascimento, mensuradas pelo índice de Apgar e o tipo de parto. A medida do pH umbilical pode fornecer aos profissionais envolvidos com o nascimento um feedback imediato dos cuidados prestados durante o parto, permitindo o aprendizado com as informações obtidas.

Pôster 11 - ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO A TERMO NAS SALAS DE PARTO DE MATERNIDADES PÚBLICAS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS.

RUTH GUINSBURG; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; JOSÉ ORLEANS DA COSTA; LÊNI MÁRCIA ANCHIETA; LINCOLN MARCELO S FREIRE; P R N - S B P PESQUISADORES.

Instituição: Sociedade Brasileira de Pediatria - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Em 2003, 3.038.251 crianças nasceram no Brasil, das quais 28.707 morreram antes de completar 7 dias. Não existem dados nacionais a respeito da assistência de recém-nascidos (RN) a termo na sala de parto e seu papel na mortalidade neonatal precoce. **Objetivo:** Avaliar o atendimento do RN a termo nas maternidades públicas das capitais brasileiras. **Método:** Coorte prospectiva de todos os nascidos vivos (NV) de 1-30/Set/2003 em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras. Critérios de inclusão: idade gestacional 37 a 41 semanas e ausência de anomalias congênitas maiores. Os hospitais tinham 118 meses de reanimação neonatal com: calor radiante, fonte de oxigênio e vácuo em 100%, balão e máscaras em 98%; material de intubação e medicações em 95%. Em média, 1-2 pediatras, 8 profissionais de enfermagem trabalhavam por turno, na sala de parto de cada hospital; 94% dos 874 pediatras e 22% dos 990 profissionais de enfermagem haviam completado um curso teórico-prático de 8 horas de reanimação neonatal da SBP. Dados relativos às características maternas e neonatais, à assistência na sala de parto e ao óbito intra-hospitalar antes de 168 horas de vida foram analisados pelo SPSS 12.0. **Resultados:** No período de estudo, dos 11.922 NV, 9.729 (82%) eram a termo sem anomalias maiores, representando 4,3% dos NV brasileiros em Set/2003. Características maternas: idade 25 ± 6 anos (24% adolescentes); $2,4 \pm 1,7$ gestações; 6 ± 3 consultas de pré-natal (85% com > 3 consultas); hipertensão em 13%; diabetes em 2%; amniorrexe < 12 h em 93%; líquido amniótico meconial em 13%; cesárea em 39%. Características neonatais: peso ao nascer 3205 ± 469 g (6% entre 1500-2499g); idade gestacional 39 ± 1 semana; masculino 51%. Dos 9.729 RN, 95% foram atendidos por 1 ou mais pediatras na sala de parto. Quanto à reanimação: 2.174 (22%) receberam somente O2 inalatório; 595 (6%) foram ventilados com balão e máscara ou cânula traqueal; 30 (0,3%) receberam massagem cardíaca e 26 (0,3%) usaram medicações. O Apgar de 1º e 5º minuto foi > 6 em, respectivamente, 92%



e 99% dos RN. O óbito intra-hospitalar até 168h ocorreu em 18 casos (2,1/1000 NV), nos quais o Apgar foi <7 com 1 e 5 minutos, respectivamente, em 13 (72%) e 11 (61%) RN. Destes 11, sete foram reanimados com todas as manobras sem melhora e, em 4, houve falha no procedimento. As causas de óbito relatadas foram: asfixia em 8 (44%); aspiração meconial em 6 (33%), infecção em 2, imunização Rh em 1 e hemorragia pulmonar em 1. Dos 18 óbitos, 11 ocorreram até 24 horas. **Conclusão:** Um em cada 17 RN a termo sem anomalias maiores precisa de ventilação ao nascimento, indicando a necessidade da presença do pediatra treinado em reanimação na sala de parto. Esperava-se que a coorte aqui estudada apresentasse baixa mortalidade neonatal precoce, porém a taxa foi elevada e determinada principalmente pela asfixia. Considerando-se a população de 2.517.521 nascidos a termo sem anomalias congênitas em 2003 no país, a infra-estrutura existente nas maternidades analisadas e a taxa de 2,1 óbitos até 168 horas por mil nascidos vivos, a melhoria do atendimento perinatal poderia evitar a morte de 15 RN a termo sem anomalias congênitas a cada dia, no Brasil.

Pôster 12 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS PEDIATRAS QUE ATUAM NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS.

RUTH GUINSBURG; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; JOSÉ ORLEANS DA COSTA; LÊNI MÁRCIA ANCHIETA; LINCOLN MARCELO S FREIRE; P R N - S B P PESQUISADORES

Instituição: Sociedade Brasileira de Pediatria - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A educação médica continuada dos pediatras que atuam na sala de parto deve ser considerada como estratégia para diminuir a morbidade e a mortalidade relacionada à asfixia perinatal. O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), que visa treinar os profissionais de saúde, foi implantado em 1994 e atualizado em 1997 e 2001. Até dez/2005, os 418 instrutores ministraram 1.610 cursos a 30.000 profissionais de saúde. **Objetivo:** Avaliar o treinamento em reanimação neonatal dos pediatras que trabalham nas salas de parto de maternidades que atendem pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) nas capitais de estado brasileiras. **Métodos:** Estudo transversal realizado em junho/2003 em 36 maternidades públicas de capitais brasileiras das 5 regiões do país com pelo menos 5.000 nascidos vivos no ano 2000. Cada região foi representada por 1-4% dos seus nascidos vivos. Em cada instituição, o coordenador local entregou um questionário com dados demográficos, formação profissional e perguntas relacionadas ao treinamento teórico e prático em reanimação neonatal aos pediatras com atuação na sala de parto, sendo as respostas anônimas. O estudo foi aprovado em cada hospital e por Comitê de Ética em Pesquisa. A análise estatística foi feita com o SPSS 10.0. **Resultados:** O número médio mensal de neonatos atendidos na sala de parto por instituição entre jan-jun/2003 foi 365 (IC 95%: 285-446), sendo 15% <2500g e 3% <1500g. Em cada uma das 36 maternidades, em média, trabalhavam 23 pediatras (IC 95% 19-27), com 1-2 pediatras por plantão. Do total de 920 pediatras das 36 instituições, 874 (95%) responderam o questionário, sendo 77% do sexo feminino. Os pediatras tinham idade de 40±8 anos, 15±8 anos de graduação em medicina e 12±8 anos de experiência em sala de parto. Em relação à especialização: 91% tinham residência em pediatria, 43% especialização em neonatologia, 70% com o título de especialista em pediatria (TEP) e 31% com o de neonatologia (TEN). Quanto à reanimação neonatal, 821 (94%) completaram pelo menos um curso teórico-prático formal com 8 horas-aula. Destes 821, 405 (54%) fizeram o treinamento entre 2001-2003; 79 eram instrutores do PRN-SBP e 13 do PALS. A chance de ter feito treinamento em reanimação neonatal se associou significativamente com ter: especialização em neonatologia (OR 2,4; IC 95% 1,2-4,9); TEP (OR 2,0; IC 95% 1,1-3,7) e TEN (OR 3,7; IC 95% 1,5-9,8). Ressalta-se que 51 (6%) dos 794 pediatras com residência em pediatria e 13 (4%) dos 373 com especialização em neonatologia não haviam recebido treinamento formal em reanimação neonatal. **Conclusão:** Após 10 anos da implantação do PRN no Brasil, a maioria dos pediatras que atua na sala de parto de instituições ligadas ao SUS nas capitais está treinada em reanimação neonatal. No entanto, quase metade destes profissionais não atualizou seus conhecimentos em relação às modificações de conduta divulgadas pela SBP em 2001. Há necessidade de planejar um programa de re-treinamento rápido e freqüente para atualização continuada dos pediatras que atuam nas salas de parto.

Pôster 13 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NAS MATERNIDADES PÚBLICAS DAS CAPITAIS BRASILEIRAS.

MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; JOSÉ ORLEANS DA COSTA; LÊNI MÁRCIA ANCHIETA; LINCOLN MARCELO S FREIRE; P R N - S B P PESQUISADORES

Instituição: Sociedade Brasileira de Pediatria - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A educação continuada dos profissionais que auxiliam no atendimento ao recém-nascido na sala de parto é fundamental para diminuir a morbidade e a mortalidade relacionada à asfixia perinatal. O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), que visa treinar os profissionais de saúde, foi implantado em 1994 e atualizado em 1997 e 2001. Até junho de 2003, o PRN-SBP tinha como público alvo os

profissionais de nível superior, incluindo enfermeiros. **Objetivo:** Avaliar o treinamento em reanimação neonatal dos profissionais de enfermagem que atendem recém-nascidos nas salas de parto de maternidades ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas capitais de estado brasileiras. **Métodos:** Estudo transversal realizado em junho de 2003 em 36 maternidades públicas de capitais brasileiras das 5 regiões do país com pelo menos 5.000 nascidos vivos no ano 2000. Cada região foi representada por 1-4% dos seus nascidos vivos. Em cada instituição, o coordenador local entregou um questionário com dados demográficos, formação profissional e perguntas relacionadas ao treinamento teórico e prático em reanimação neonatal aos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam junto ao recém-nascido na sala de parto, sendo as respostas anônimas. O estudo foi aprovado em cada hospital e por Comitê de Ética em Pesquisa. A análise estatística foi feita com o SPSS 10.0. **Resultados:** O número médio mensal de neonatos atendidos na sala de parto por instituição entre janeiro e junho de 2003 foi 365 (IC 95%: 285-446), sendo 15% <2500g e 3% <1500g. Em cada uma das 36 maternidades, em mediana, trabalhavam 3,5 (IC 95%: 3-5) enfermeiros por plantão diurno, 2 (IC 95%: 2-5) enfermeiros por plantão noturno, 6 (IC 95%: 6-13) técnicos/auxiliares por plantão diurno e 4,5 (IC 95%: 6-13) por plantão noturno. Do total de 1123 profissionais de enfermagem das 36 instituições, 990 (88%) responderam o questionário, dos quais: - 179 (18%) enfermeiros com 36±8 anos, 91% mulheres e 6±5 anos de experiência em sala de parto. Apenas 90 (50%) completaram pelo menos um curso teórico-prático formal de reanimação neonatal com 8 horas-aula, sendo que 56 fizeram só 1 curso e 47 frequentaram-no entre 2001 e 2003; - 811 (82%) técnicos/auxiliares com 40±9 anos; 95% mulheres; 7±7 anos de experiência em sala de parto; 111 (14%) completaram pelo menos um curso de reanimação com 8 horas-aula, sendo que 74 fizeram só 1 curso e 43 frequentaram-no entre 2001 e 2003. **Conclusão:** O percentual insatisfatório de enfermeiros e de técnicos/auxiliares de enfermagem treinados em reanimação neonatal reflete a falta, até 2003, de um programa dirigido especificamente a este público. Neste contexto, talvez, a introdução em outubro de 2003 de um curso específico do PRN-SBP para o treinamento de profissionais não médicos modifique a situação retratada no estudo. Este treinamento em reanimação neonatal é fundamental, pois os profissionais de enfermagem estão sempre presentes no momento do nascimento, nas maternidades públicas das capitais brasileiras.

Pôster 14 - MAPEAMENTO NACIONAL DAS RESIDÊNCIAS EM PEDIATRIA QUANTO À PRESENÇA DE INSTRUTORES ATIVOS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.

MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA; JOSÉ ORLEANS DA COSTA; ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO; ELAINE A DAS NEVES FIGUEIREDO; VANDA M FERREIRA SIMÕES; MÁRCIA DO EIRADO PEREIRA; ROSA MARIA V DOS SANTOS; JOSÉ DIAS REGO; SÉRGIO T MARTINS MARBA; HELENILCE DE PAULA F COSTA; LEILA D CESÁRIO PEREIRA; EDMAR DE AZAMBUJA SALLES; ANA MARIA S MEYGE; MÁRCIA GOMES P MACHADO; ROSILU DE FERREIRA BARBOSA; SONIA MATOSO C HERMONT.

Instituição: Sociedade Brasileira de Pediatria - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Uma das principais metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é que todos os residentes médicos em pediatria recebam treinamento para ressuscitar o recém-nascido em sala de parto. Esta meta vai de encontro à resolução 4 da Comissão Nacional de Residência Médica de 2/07/2003, que obriga a realização de curso de reanimação neonatal durante a Residência em Pediatria. **Objetivo:** Mapear as Residências em Pediatria com relação à presença de instrutores ativos do PRN-SBP em todo território brasileiro e analisar a necessidade de instrutores em relação ao número de residentes. **Métodos:** Estudo transversal, com coleta prospectiva de dados referentes ao ano de 2005 de 158 Residências em Pediatria credenciadas pelo MEC, segundo o site <http://www.mec.gov.br/sesu>. Os 10 coordenadores regionais do PRN-SBP pesquisaram a presença de instrutores do PRN-SBP em cada hospital/maternidade onde o residente atende o recém-nascido em sala de parto. Em cada estado, foram coletados os seguintes dados: hospitais/maternidades de atuação de cada Residência, número de residentes de 1º e 2º anos, e identificação de cada instrutor do PRN-SBP ativo no local. Para estimar o número de instrutores necessários em cada Residência, considerou-se a proporção de um instrutor em cada Residência com menos de 10 alunos ou a proporção de um instrutor/10 alunos, naquelas com 10 ou mais residentes. Os resultados estão descritos por região do país. **Resultados:** As 158 Residências em Pediatria, o número de R1 e R2 e o número de instrutores do PRN-SBP no ano de 2005 distribuíram-se da seguinte forma: - NORTE: 6 Residências nos estados de AM, AC, RR, PA, AP com 17 R1 e 19 R2; 3 instrutores do PRN-SBP em 2 Residências. Faltam 6 instrutores: 4 Residências sem instrutores (1 no AM, 1 no AC, 1 no AP e 1 em RR) e 1 com poucos instrutores. - NORDESTE: 25 Residências nos 9 estados com 121 R1 e 127 R2; 68 instrutores do PRN-SBP em 22 Residências. Faltam 8 instrutores: 3 Residências sem instrutores (1 em RN, 1 na PB e 1 em PE) e 2 com poucos instrutores. - SUDESTE: 89 Residências nos 4 estados com 508 R1 e 556 R2; 122 instrutores do PRN-SBP em 63 Residências. Faltam 30 instrutores: 26 Residências sem instrutores (9 em MG e 17 no RJ) e 2 com poucos instrutores. - SUL: 25 Residências nos 3 estados com 123 R1 e 134 R2; 39 instrutores do PRN-SBP em 19



Residências. Faltam 13 instrutores: 6 Residências sem instrutores (3 no PR e 3 no RS) e 6 com poucos instrutores. - CENTRO-OESTE: 13 Residências no DF e em 3 estados (GO, MS, MT) com 40 R1 e 67 R2; 10 instrutores do PRN-SBP em 7 Residências. Faltam 7 instrutores: 6 Residências sem instrutores (5 no DF e 1 em GO) e 1 com poucos instrutores. **Conclusão:** No Brasil, 242 instrutores do PRN-SBP estão envolvidos no ensino da reanimação neonatal para residentes em pediatria. Entretanto, das 158 Residências, 45 (28%) não contam com instrutores. A distribuição de instrutores do PRN-SBP/Residência é melhor na Região Nordeste. Esforços para concretizar a meta de, no mínimo, 1 instrutor do PRN-SBP por Residência em Pediatria devem ser concentrados no AC, RR, DF, RJ e interior de MG e do PR.

Os autores agradecem Rosana Lima e Rosely Sobral.

Pôster 15 - ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS.

ROSSICLEI SOUZA PINHEIRO; SONIA REGO ALMEIDA; ANA PAULA B ALFAIA; NÁDIA PIRES FIGUEIREDO; LORENA EZAGUI HOLLANDA; ELENA MARTA A SANTOS; MARIA APARECIDA BUCHALLA.

Instituição: Sociedade Amazonense de Pediatria - **Cidade/UF:** MANAUS/AM

Introdução: No Brasil existem cerca de 60.000 parteiras, sendo que 40.000 na região norte. Em alguns estados quase 85% dos partos fora da capital não são realizados por médicos. Os recém-nascidos (RN) asfixiados não recebem assistência adequada, aumentando a morbimortalidade neonatal. **Objetivo:** Avaliar o ensino da reanimação neonatal para parteiras e propor um treinamento adaptado ao programa da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Métodos:** No mês de março de 2006, realizou-se um curso piloto com 48 parteiras e feito um estudo transversal para avaliação do aprendizado. O curso foi adaptado ao padrão da SBP, incluindo 2 aulas teóricas e 3 práticas, valorizando a importância da assistência ao recém-nascido no parto domiciliar, ressaltando o reconhecimento dos sinais de risco, como apnéia (ausência ou dificuldade para respirar), cianose (roxo), hipotonia (mole), prematuridade e líquido meconial (esverdeado). Nos passos iniciais foi orientada a prevenção da perda de calor com aquecimento através de toalhas secas (ferro de brasa), posição do pescoço em leve extensão, aspiração da boca e narinas com bulbo, estímulo tátil adequado e avaliação da respiração, batimentos cardíacos e cor. No recém-nascido sem respiração ou com dificuldade ou com batimentos cardíacos lentos, foi indicada ventilação com pressão positiva através de balão e máscara com ar ambiente. Após a estabilização do neonato foi orientado o transporte para o hospital, reavaliado os sinais de melhora como batimentos cardíacos, cor e respiração. O instrutor preencheu um formulário com os procedimentos executados por cada participante. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** Foram estudadas 48 parteiras divididas em 6 grupos, 10 procedimentos foram avaliados: 91,6% (44/48) identificaram os recém-nascidos de risco, 100% (48) aqueceram as toalhas, 98% (47/48) posicionaram o pescoço em leve extensão, 100% (48) aspiraram a boca e narinas, 100% secaram o recém-nascido, 100% (48) fizeram o estímulo tátil adequadamente, 98% (47/48) avaliaram o neonato na seqüência correta, 100% (48) conseguiram fazer ausculta cardíaca, 87,5% (42/48) conseguiram ventilar com balão e máscara e 98% (47/48) prepararam o recém-nascido para o transporte. **Conclusão:** A maioria das parteiras conseguiu reconhecer o recém-nascido de risco e iniciar a reanimação. É importante investir em um curso de reanimação neonatal adaptado para parteiras a fim de diminuir a morbimortalidade neonatal no Brasil.

Pôster 16 - PICO MÁXIMO DE PRESSÃO OBTIDO COM BALÃO AUTO-INFLÁVEL COM E SEM VÁLVULA DE ALÍVIO.

ANA MARILY S RICARDO; MARCELLE CASTRO AMORIM; CARLOS ALBERTO M ZACONETA; JEFFERSON GUIMARÃES RESENDE.

Instituição: Hospital Regional da Asa Sul - FHDF - **Cidade/UF:** BRASÍLIA/DF

Introdução: Os balões auto-infláveis são utilizados em reanimação neonatal, têm válvulas de alívio para prevenir a administração de pressões excessivas, mas podem ser usados com a mesma bloqueada. **Objetivo:** Avaliar a performance de seis balões auto-infláveis neonatais, em condições de ventilação agressiva, com a válvula de alívio de pressão funcionando e bloqueada. **Métodos:** Foram avaliados os balões LIFESAVER® (Taiwan), AMBU® (Dinamarca), FANEN® (Brasil), OXIGEL® (Brasil), MERLIM® (UK), que têm válvulas calibradas para aliviar pressão de 40 cmH₂O, e o balão LAERDAL® (Noruega), que alivia a pressão em 35 cmH₂O. O balão foi conectado a um pulmão-teste, desenvolvido para simular o pulmão de recém-nascido prematuro, e a um monitor de ventilação, através de um pneumotacógrafo. Todos os balões eram novos. Os balões foram pressionados sempre pelo mesmo pesquisador (AMR), sendo as pressões registradas de forma contínua, durante 20 segundos. No primeiro teste, cada balão foi pressionado com o intuito de se atingir o limite da válvula de alívio, e, no segundo teste, pressionado com o mesmo objetivo, porém com a válvula bloqueada. **Resultados:** Com a válvula funcionando, as pressões atingiram 60±3,9, 50,8±1,1; 65,2±1,6; 52,1±10,2; 52±9,9 e 44±2,7 cmH₂O, respectivamente, com o LIFESAVER®, o AMBU®, o FANEN®, o OXIGEL®, o MERLIM® e o LAERDAL®. Com a válvula bloqueada, as pressões foram 125±0; 122,5±7,8; 107,9±6,3; 119,5±7,9; 63,4±3,7 e 125±0 cmH₂O, respectivamente, para os mesmos

balões. Em média, os balões foram pressionados $11\pm 1,9$ vezes, em 20 segundos. **Conclusão:** Nas condições do experimento, nenhum dos balões testados aliviou pressão em acordo com o definido pelo fabricante, propiciando condições para se alcançar pressões mais elevadas que aquelas recomendadas nos protocolos internacionais, situação que se agravou quando os balões foram testados com a válvula bloqueada.

Pôster 17 - AVALIAÇÃO DE DOIS MÉTODOS DE VENTILAÇÃO MANUAL PARA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO PREMATURO.

ANA MARILY S RICARDO; CARLOS ALBERTO M ZACONETA; JEFFERSON GUIMARÃES RESENDE.

Instituição: Hospital Regional da Asa Sul - FHDF - **Cidade/UF:** BRASÍLIA/DF

Introdução: Estudos demonstram que existe uma diversidade de equipamentos utilizados em reanimação neonatal, sendo o balão auto-inflável o equipamento de escolha na maioria dos hospitais; em nosso serviço utilizamos o CFR®. **Objetivo:** Comparar o desempenho de onze médicos utilizando dois métodos de ventilação manual para reanimação neonatal. **Métodos:** Onze médicos residentes de pediatria, que foram aprovados no Curso de Reanimação Neonatal há menos de seis meses, ventilaram um pulmão-teste, desenvolvido para simular o pulmão de recém-nascido prematuro, conectado a um monitor de ventilação, através de um pneumotacógrafo. O objetivo era promover pico de pressão inspiratória de 30 cmH₂O, pressão positiva em final da expiração de 5 cmH₂O e frequência respiratória de 30 ciclos por minuto. Os equipamentos utilizados no experimento foram um balão Lifesaver® (Taiwan), novo, modelo neonatal, com reservatório de 280 mililitros, cuja válvula é programada para aliviar pressão em 40 cmH₂O, e um CFR modelo infantil/neonatal, que é um instrumento de ventilação que utiliza fluxo contínuo e tem possibilidade de se definir as pressões de ventilação; ambos usaram um fluxo aferente de ar comprimido de 5 litros/minuto. Os equipamentos eram pressionados em seqüência, durante cinco minutos cada, sendo o balão testado primeiro. Os dados obtidos eram registrados de maneira contínua. Foram gravadas e analisadas as curvas de ventilação produzidas nos primeiros vinte segundos de cada minuto. **Resultados:** Houve diferença, estatisticamente significativa, entre o pico da pressão inspiratória obtido com o balão ($38,9\pm 7,3$ cmH₂O) e com o CFR ($30,1\pm 0,36$ cmH₂O). Atribuindo-se um valor arbitrário de pico de pressão de $30\pm 10\%$ cmH₂O como acerto, ventilando com o balão, os médicos ficaram abaixo em 3,63% das vezes e acima em 78,4% das vezes; com o CFR, a meta foi sempre atingida. Ventilando com o balão, em 37,1% das vezes, a pressão ultrapassou 40 cmH₂O. A média da frequência respiratória atingiu $33\pm 7,7$ ciclos por minuto ventilando com o balão e $32,7\pm 4,4$ com o CFR, sem diferença estatisticamente significativa. Quanto à média da pressão positiva em final da expiração, foi de 0 ± 0 cmH₂O para o balão e de $4,7\pm 0,8$ cmH₂O para o CFR, diferença estatisticamente significativa. **Conclusão:** A utilização da bolsa auto-inflável não permitiu aos médicos, na maior parte das vezes, ventilarem o pulmão-teste com o pico de pressão desejado e não foi capaz de fornecer níveis satisfatórios de pressão positiva em final da expiração. O CFR facilitou a administração e manutenção das pressões de ventilação desejadas, otimizando a performance do operador. Quanto à frequência respiratória, ambos os equipamentos permitiram atingir valores próximos à meta.

Pôster 18 - ENSINO DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SÉRGIO TM MARBA; LÍGIA MSS RUGOLO; MARIA FERNANDA B ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; CLAUDIO R AGUIAR; MARIA REGINA BENTLIN; MARCO ANTONIO CIANCIARULLO; MARIA TEREZA Z COSTA; MARIA LUCIA S FERLIN; SIMONE HOLZER; ANA PAULA C MACHADO; MARCUS B MACHADO; MONICA MG MORAIS; CELESTE GS OSHIRO; PAULO R PACHI; CLAUDIA ROSSI; ANTÔNIO RUGOLO JR; LILIAN RS SADECK; PAULA O SAKAE; MARCIALI GF SILVA; JOÃO PAULO AS SONNEWEND; EDSON K SUZUKI; FERNANDA ZIMMERMAN.

Instituição: Sociedade de Pediatria de São Paulo - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: O Estado de São Paulo concentra grande número de Hospitais Universitários, que constituem território fértil para o ensino de reanimação neonatal. **Objetivo:** Avaliar a abrangência e o modelo do ensino de Reanimação Neonatal em Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, multicêntrico, envolvendo 15 Hospitais Universitários do Estado de São Paulo, em junho de 2003. Após aprovação do Comitê de Ética da Instituição, um coordenador local preencheu o protocolo de estudo, com dados sobre a participação dos alunos, residentes e estagiários de medicina e enfermagem em sala de parto, bem como o que esses recebiam de ensinamento teórico e treinamento prático em reanimação neonatal. Foi realizada análise descritiva dos dados. **Resultados:** Alunos do 5o ano de medicina atuavam em sala de parto em 8 hospitais, dos quais, apenas 3 realizavam treinamento formal em reanimação neonatal e 4 hospitais ofereciam curso teórico. Em 8 hospitais participavam os alunos do 6o ano médico, que recebiam treinamento formal em reanimação em 6 hospitais. Residentes de 1º e de 2º ano em Pediatria participavam do atendimento ao recém-nascido em sala de parto em 14 hospitais, e em 13 destes, recebiam treinamento formal em reanimação. Nos 9



hospitais que contavam com especializandos em neonatologia, estes eram treinados e atuavam em sala de parto. Em apenas um hospital havia participação de alunos de Enfermagem, que recebiam curso teórico sobre reanimação. A carga horária média dos cursos teóricos foi de 2 horas. O treinamento formal foi relativamente homogêneo com média de 2,5- 3,5 horas de aula teórica e 5- 6,5 horas de prática. Em um hospital não havia treinamento formal em reanimação neonatal para os alunos de medicina e residentes de 1o ano de Pediatria; e em outro os residentes de 1o ano recebiam apenas 2 hs de ensino teórico. **Conclusão:** O ensino de reanimação neonatal na maioria dos Hospitais Universitários do Estado de São Paulo está adequado para a residência médica, sendo insuficiente durante a graduação médica e principalmente de enfermagem. Sua abrangência crescente para os mais graduados traduz perda de oportunidade na formação de graduandos médicos e de enfermagem.

Pôster 19 - QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM SALA DE PARTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

LÍGIA MSS RUGOLO; SÉRGIO TM MARBA; RUTH GUINSBURG; MARIA FERNANDA B ALMEIDA; CLAUDIO R AGUIAR; MARIA REGINA BENTLIN; MARCO ANTÔNIO CIANCARULLO; MARIA TEREZA Z COSTA; MARIA LUCIA S FERLIN; SIMONE HOLZER; ANA PAULA C MACHADO; MARCUS B MACHADO; MONICA MG MORAIS; CELESTE GS OSHIRO; PAULO R PACHI; CLAUDIA ROSSI; ANTÔNIO RUGOLO JR; LILIAN RS SADECK; PAULA O SAKAE; MARCIALI GF SILVA; JOÃO PAULO AS SONNEWEND; EDSON K SUZUKI; FERNANDA ZIMMERMAN.

Instituição: Sociedade de Pediatria de São Paulo - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: A recomendação da presença de pelo menos um profissional capacitado em reanimação neonatal em todo nascimento assume significado especial em Hospitais Universitários, pois a assistência está intimamente vinculada ao ensino. **Objetivo:** Avaliar a experiência profissional e o grau de capacitação em Reanimação Neonatal da equipe médico-enfermagem que atende recém-nascidos em sala de parto de Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, multicêntrico, envolvendo 15 Hospitais Universitários do Estado de São Paulo, em junho de 2003. Após aprovação do Comitê de Ética da Instituição, um coordenador local preencheu o protocolo de estudo, com dados sobre o tempo de formação e de atuação em sala de parto, o grau de especialização, número e frequência de cursos de reanimação neonatal realizados pelos profissionais médicos e de enfermagem. Foi realizada análise descritiva dos dados. **Resultados:** A equipe que atua em sala de parto nos 15 Hospitais Universitários é composta por 275 médicos e 352 profissionais da enfermagem. Dos médicos, 76% são contratados como plantonistas, a idade média é de 36 anos, formados há 12 anos e com 11 anos de atuação em sala de parto. Todos, exceto um, fizeram residência em Pediatria, 41% realizaram especialização em neonatologia e 46% obtiveram o título de especialista em Neonatologia, porém 7% nunca realizaram curso teórico-prático de reanimação neonatal. Os que têm treinamento em reanimação realizaram em média 2 cursos, sendo o primeiro em 1998, e 25% são instrutores do Programa de Reanimação Neonatal. Na equipe de enfermagem 20% são enfermeiras, 21% técnicas de enfermagem e as demais auxiliares, com idade média de 36 anos, 10 anos de formação e 7 anos de atuação em sala de parto. Apenas 23% realizaram curso completo teórico-prático de reanimação neonatal (em média 2 cursos); 34% tiveram alguma aula teórica sobre reanimação (média de 5,6 h) e 24% receberam treinamento prático com média de 7 h. **Conclusão:** A equipe médico-enfermagem de sala de parto nos Hospitais Universitários do Estado de São Paulo é experiente, mas sua capacitação em reanimação neonatal precisa ser incrementada.

Pôster 20 - DISPONIBILIDADE DE MATERIAL PARA REANIMAÇÃO NEONATAL EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SÉRGIO TM MARBA; LÍGIA MSS RUGOLO; MARIA FERNANDA B ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; CLAUDIO R AGUIAR; MARIA REGINA BENTLIN; MARCO ANTÔNIO CIANCARULLO; MARIA TEREZA Z COSTA; MARIA LUCIA S FERLIN; SIMONE HOLZER; ANA PAULA C MACHADO; MARCUS R MACHADO; MÔNICA MG MORAIS; CELESTE GS OSHIRO; PAULO R PACHI; CLAUDIA ROSSI; ANTÔNIO RUGOLO JR; LILIAN RS SADECK; PAULA O SAKAE; MARCIALI GF SILVA; JOÃO PAULO AS SONNEWEND; EDSON K SUZUKI; FERNANDA ZIMMERMAN.

Instituição: Sociedade de Pediatria de São Paulo - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: O material necessário para a reanimação neonatal é simples, de baixo custo, fácil aquisição e classicamente recomendado: deve estar disponível para uso imediato. **Objetivo:** Investigar a disponibilidade e a adequação do material necessário para reanimação neonatal em sala de parto nos Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, multicêntrico, envolvendo 15 Hospitais Universitários do Estado de São Paulo, em junho de 2003. Após aprovação do Comitê de Ética da Instituição, um coordenador local preencheu o protocolo de estudo, com dados sobre a quantidade e características do material permanente e descartável, equipamentos e medicamentos disponíveis para a reanimação neonatal na sala de parto. Foi realizada análise descritiva dos dados. **Resultados:** O total de mesas de reanimação nos 15

Hospitais Universitários foi 41 mesas, todas com calor radiante, fonte de oxigênio com fluxômetro e fonte de vácuo com manômetro. O fluxograma de reanimação, a lista de material e a tabela de medicações estavam fixados em local visível em todos os Hospitais. Material para aspiração estava disponível conforme recomendado em todas as mesas. Mais que 90% das mesas dispunham de balão auto-inflável de 500 ml com válvula pop-off, porém em 7 mesas o balão não tinha reservatório. Houve grande variabilidade nas características das máscaras, principalmente para prematuros. Em 39 mesas havia material completo para intubação. Nem todas as mesas dispunham das medicações prontas para uso, sendo a adrenalina 1: 10.000 a mais disponível (em 34 mesas) e o soro fisiológico em seringa o menos disponível (em 24 mesas). Em 3 hospitais não havia incubadora de transporte no centro obstétrico. **Conclusão:** Os Hospitais Universitários do Estado de São Paulo estão bem equipados e dispõem de material adequado para reanimação neonatal, mas o material para ventilação com balão e máscara e a disponibilidade das drogas, bem como as condições do transporte neonatal podem ser melhorados.

Pôster 21 - NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

SÉRGIO TM MARBA; LÍGIA MSS RUGOLO; MARIA FERNANDA B ALMEIDA; RUTH GUINSBURG; FERNANDA ZIMMERMAN; EDSON K SUZUKI; JOÃO PAULO AS SONNEWEND; MARCIALI GF SILVA; PAULA O SAKAE; LILIAN RS SADECK; ANTÔNIO RUGOLO JR; CLAUDIA ROSSI; PAULO R PACHI; CELESTE GS OSHIRO; MÔNICA MG MORAIS; MARCUS B MACHADO; ANA PAULA C MACHADO; SIMONE HOLZER; MARIA LUCIA S FERLIN; MARIA TEREZA Z COSTA; MARCO ANTÔNIO CIANCARULLO; MARIA REGINA BENTLIN; CLAUDIO R AGUIAR.

Instituição: Sociedade de Pediatria de São Paulo - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: As Maternidades de Hospitais Universitários geralmente são centros de referência de nível terciário, onde se concentram gestantes e nascimentos de alto risco, aumentando a probabilidade de asfixia perinatal. **Objetivo:** Avaliar a frequência dos procedimentos de reanimação neonatal, os fatores associados à necessidade de reanimação em sala de parto e a mortalidade neonatal precoce em Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, multicêntrico, envolvendo 15 Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. Após aprovação do Comitê de Ética da Instituição, um coordenador local preencheu o protocolo de estudo, com dados sobre gestação, assistência ao nascimento e recém-nascido. Foram incluídos todos os nascidos vivos no mês de setembro de 2003. Utilizou-se o Qui-quadrado para avaliar a associação dos fatores maternos e perinatais com a realização de reanimação em sala de parto, $p < 0,05$. **Resultados:** Houveram 2590 nascidos vivos nos 15 Hospitais Universitários, com idade gestacional média de 38 semanas e peso médio de 3000g. Destes, 14% apresentaram líquido amniótico meconial, 46% nasceram por cesárea, 17% eram recém-nascidos de baixo peso e 3,5% de muito baixo peso. Uso de oxigênio inalatório ocorreu em 48%, ventilação com balão e máscara em 10%. Foram intubados 5%, receberam massagem cardíaca 0,8% e medicações 0,8% dos recém-nascidos. Foram fatores de risco para a necessidade de reanimação: Idade materna < 20 anos ($p=0,002$), síndrome hipertensiva na gestação ($p < 0,001$), rotura de membranas > 18 horas ($p < 0,001$), líquido amniótico não claro ($p=0,026$), apresentação não cefálica ($p=0,001$), uso de anestesia no parto ($p=0,001$), cesárea ($p < 0,001$), baixo peso ao nascer ($p < 0,001$) e muito baixo peso ($p < 0,001$). Evoluíram para óbito na primeira semana 1,2% e em média o óbito ocorreu com 46 horas de vida. Não houve associação entre necessidade de reanimação e evolução para óbito ($p=0,658$). **Conclusão:** Fatores de risco, maternos e perinatais, influenciam a necessidade de reanimação em sala de parto. A antecipação do risco norteia o pediatra na recepção dos recém-nascidos, e este pode ser um dos motivos pelos quais a necessidade de reanimação não se associou com aumento no risco de morte no período neonatal precoce.

Pôster 22 - MUITO BAIXO PESO AO NASCER: IMPORTANTE FATOR DE RISCO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO.

LÍGIA MSS RUGOLO; SÉRGIO TM MARBA; RUTH GUINSBURG; MARIA FERNANDA B ALMEIDA; FERNANDA ZIMMERMAN; EDSON K SUZUKI; JOÃO PAULO AS SONNEWEND; MARCIALI GF SILVA; PAULA O SAKAE; LILIAN RS SADECK; ANTÔNIO RUGOLO JR; CLAUDIA ROSSI; PAULO R PACHI; CELESTE GS OSHIRO; MÔNICA MG MORAIS; MARCUS B MACHADO; ANA PAULA C MACHADO; SIMONE HOLZER; MARIA LUCIA S FERLIN; MARIA TEREZA Z COSTA; MARCO ANTÔNIO CIANCARULLO; MARIA REGINA BENTLIN; CLAUDIO R AGUIAR.

Instituição: Sociedade de Pediatria de São Paulo - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: Prematuros de muito baixo peso (MBP) são de especial risco para asfixia ao nascimento e há controvérsias quanto aos procedimentos de reanimação nestes recém-nascidos. **Objetivo:** Avaliar a frequência dos procedimentos de reanimação neonatal e os fatores associados à necessidade de reanimação para prematuros MBP em sala de parto de Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, multicêntrico, em 15 Hospitais Universitários do Estado de São Paulo. Após aprovação do



Comitê de Ética da Instituição, um coordenador local preencheu o protocolo de estudo, com dados maternos, gestacionais, do nascimento e do recém-nascido. Foram incluídos todos os nascidos vivos no mês de setembro de 2003. Não houve critério de exclusão. Realizada análise estatística com o teste do Qui-quadrado, cálculo do risco relativo e seu intervalo de confiança 95% (RR e IC95%). **Resultados:** Houveram 2590 nascidos vivos nos 15 Hospitais Universitários, dos quais 87 (3,5%) foram prematuros MBP. Todos os procedimentos de reanimação foram significativamente mais freqüentes nos MBP comparados aos maiores que 1500g ($p < 0,001$). Uso de oxigênio inalatório ocorreu em 70% x 47% (RR = 1,5; IC95% 1,3 - 1,7), ventilação com balão e máscara em 49% x 9% (RR = 5,9; IC95% 4,6 - 7,6), massagem cardíaca em 15% x 0,3% (RR = 46,9; IC95% 20 - 110), administração de drogas em 14% x 0,4% (RR = 38,4; IC95% 16,6 - 88,6). Não houve associação entre presença de fatores de risco maternos, do parto e do recém-nascido com a necessidade de reanimação nos MBP. **Conclusão:** O MBP é importante fator de risco para a realização dos procedimentos de reanimação em sala de parto; aumenta 6 vezes a necessidade de ventilação e de forma ainda mais expressiva a realização de massagem cardíaca e o uso de drogas. Nos MBP a necessidade de reanimação não está associada à presença de fatores maternos e perinatais de risco.

Pôster 23 - NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO DE RECÊM-NASCIDO EM SALA DE PARTO NA MATERNIDADE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, TUBARÃO - SANTA CATARINA, DE MAIO A AGOSTO DE 2005.

ALINE ZILLI HÄDRICH; ANA CAROLINA L CANCELIER; FABIANA HIROMI T PINTO.

Instituição: Hospital Nossa Senhora da Conceição - **Cidade/UF:** TUBARÃO/SC

Introdução: A reanimação neonatal em sala de parto é um dos mais importantes desafios na prática pediátrica, pois terá repercussões por toda a vida do bebê, definindo sua qualidade de vida, de sua família e seu papel na sociedade. **Objetivo:** Determinar a necessidade de reanimação, sua forma mais prevalente e verificar a existência de associação com algumas características de recém-nascido. **Métodos:** Foram estudados todos os neonatos nascidos no período de maio a agosto de 2005. Os dados foram coletados do prontuário da mãe, utilizando uma planilha de coleta, contendo as variáveis do estudo. As associações foram testadas através de teste-t e Wilcoxon com nível de significância de 95%. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 614 neonatos, sendo 51,14% do sexo masculino. A idade gestacional média foi de 38,5 semanas e a idade média da mãe de 25,5 anos. Do total de recém-nascidos, 36% necessitaram de alguma manobra de reanimação. O tipo de parto mais prevalente foi a cesariana que apresentou 34% mais chances de receber reanimação do que os nascidos de parto normal. A cesariana foi o parto de escolha na maioria dos bebês pré-termo e baixo peso. O oxigênio inalatório foi a manobra de reanimação mais utilizada (64%). A maioria dos neonatos apresentava APGAR de primeiro minuto maior ou igual a 7 (90%). **Conclusão:** A reanimação neonatal em sala de parto teve um índice elevado, sendo o oxigênio inalatório a manobra mais utilizada. A maioria dos bebês reanimados foi classificada como vigorosa pelo escore de APGAR.

Pôster 24 - O PEDIATRA NA SALA DE PARTO COMO FATOR DETERMINANTE DA ORGANIZAÇÃO E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO RECÊM-NASCIDO.

MANOEL REGINALDO R HOLANDA; ROSA MARIA V SANTOS; CLAUDIA RODRIGUES S MAIA; NIVIA MARIA R ARRAIS; ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO; MARIA JOSE ALVES.

Instituição: Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte - **Cidade/UF:** NATAL/RN

Introdução: No Brasil não há disponibilidade de médicos para realizar o atendimento aos recém nascidos em todos os nascimentos. A SBP organizou o curso de reanimação neonatal para profissionais da saúde não médicos de nível superior e de nível médio. O núcleo de reanimação neonatal da SOPERN vem realizando regularmente o treinamento para estes profissionais. **Objetivo:** Avaliar a situação do atendimento nas salas de parto das instituições que enviaram os profissionais para o curso de auxiliares da reanimação. Determinar diferenças entre os serviços onde o atendimento é realizado pelo pediatra e por outros profissionais de saúde de nível superior ou médio. **Métodos:** Foram enviados 160 questionários por correio para os profissionais que realizaram o curso de auxiliares da reanimação patrocinados pela Secretaria Estadual de Saúde. A amostra foi dividida em dois grupos: grupo A - atendimento na sala de parto realizado por pediatra e grupo B - atendimento realizado por outros médicos ou profissionais de saúde de nível superior ou médio. O banco de dados foi realizado no SSPS for Windows. Os equipamentos foram quantificados em números absolutos e percentuais. Para comparação entre os grupos foi utilizado o teste exato de Fisher. Os dados foram significativos quando $p < 0,05$. **Resultados:** Foram respondidos 65 (40%) questionários. Vinte e oito (43,8%) atuam em serviços onde o atendimento é realizado por pediatra (grupo A); 29 (45,4%) pelo auxiliar de enfermagem e 7 (10,8%) por outros médicos e profissionais de saúde de nível superior (grupo B). Em relação aos equipamentos utilizados na sala de parto foi observado que: 60% contam com berço de calor radiante; 95% com oxigênio na sala de parto; 83% com balão de reanimação

pediátrico ou neonatal; 78% com máscaras neonatais; 67% com laringoscópio neonatal; 44% com intermediário para aspiração de mecônio; 95% com aspirador e 72% com cânulas neonatais. Dezessete por cento dos profissionais que realizaram o curso não atuam em sala de parto. Quando comparado o atendimento entre os dois grupos verificamos que no Grupo A foi observado maior disponibilidade na sala de parto dos equipamentos: berço de calor radiante ($p=0,010$); balão de reanimação ($p=0,038$); laringoscópio neonatal ($p=0,001$) e cânula neonatal ($p=0,004$). Em 100% dos serviços onde o atendimento é realizado por pediatra o oxigênio esta disponível na sala de parto. **Conclusão:** A completa disponibilidade dos equipamentos para o atendimento aos recém-nascidos nas salas de parto não atinge a totalidade dos serviços do nosso Estado. Foi observado que o pediatra nas unidades é um fator decisivo para uma melhor organização dos serviços, especialmente na aquisição dos equipamentos necessários para a reanimação neonatal. É provável que nos serviços onde o pediatra na sala de parto é realidade, a atenção dos gestores de saúde para o atendimento materno-infantil seja diferenciada, o que possivelmente reduz a mortalidade neonatal. Cerca de 17% dos profissionais que realizaram o curso não atuam na sala de parto, apontando para o uso inadequado do investimento realizado. A maioria dos profissionais que realizou o curso se mostrou satisfeita e reivindicou treinamentos periódicos. É necessário cobrar dos gestores a aquisição dos equipamentos da reanimação neonatal.

Pôster 25 - IMPACTO DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO NA MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR E RESULTADO DA NEUROULTRASSONOGRRAFIA.

MANOEL REGINALDO R HOLANDA; AUREA NOGUEIRA DE MELO.

Instituição: Pós-graduação em Ciências da Saúde - UFRN - **Cidade/UF:** NATAL/RN

Introdução: A reanimação na sala de parto segue padronização de atendimento que é progressiva de acordo com a gravidade de cada caso, determinada pela observação da respiração, frequência cardíaca e cor do recém nascido, em ciclos sucessivos de avaliação, decisão e ação. **Objetivo:** Determinar o impacto das manobras de reanimação (oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação endotraqueal, massagem cardíaca e drogas) nos desfechos óbito intra-hospitalar ou alta e resultado da neuroultrassonografia normal ou anormal em recém nascidos a termo que apresentaram crises convulsivas internados em UTI. **Métodos:** Foram analisados durante 1 ano todas as internações nas UTI neonatal de 9 hospitais da capital, monitorizando pela clínica a ocorrência de crises convulsivas. Os critérios de inclusão foram: necessidade de reanimação na sala de parto; idade gestacional maior ou igual a 37 semanas; descrição clínica inequívoca da crise convulsiva. Critérios de exclusão: crise convulsiva duvidosa; dados incompletos da reanimação, não consentimento dos familiares em participar do estudo e idade gestacional indeterminada. A neuroultrassonografia foi realizada, quando possível, com aparelho GE Logic 400. O banco de dados foi realizado no SSPS for Windows. Foram determinadas as frequências absolutas e percentuais e medidas de tendência central. A análise dos desfechos foi realizada pelo teste exato de Fisher e odds ratio. **Resultados:** Foram selecionados 52 recém nascidos segundo os critérios de inclusão e exclusão, dos quais 19 (36,5%) eram do sexo feminino, 32 (61,5%) masculino e 1 (2,0%) de sexo indefinido. A mediana do peso de nascimento foi 3.101 gramas; mínimo 1.985 gramas; máximo 4.340 gramas; 25 percentil 2.730 gramas e 75 percentil 3.500 gramas. A mediana da idade gestacional foi 40 semanas; mínimo 37 semanas; máximo 43 semanas; 25 percentil 39 semanas e 75 percentil 41 semanas. O Apgar de 1 minuto teve mediana de 3; mínimo 0; máximo 9; 25 percentil 1 e 75 percentil 5. O Apgar de 5 minutos teve mediana de 6; mínimo 1, máximo 9; 25 percentil 4 e 75 percentil 8. O oxigênio inalatório como único procedimento foi realizado em 10 (19,2%); a ventilação com pressão positiva foi realizada em 39 (75%); a massagem cardíaca foi necessária em 3 (5,8%), o uso de drogas foi necessário em 1 (2,0%) e a intubação endotraqueal foi realizada em 17 (32,0%). A análise dos procedimentos de sala de parto com o desfecho óbito intra-hospitalar ou alta não mostrou diferenças significantes. A neuroultrassonografia foi realizada em 25 (48%) pacientes, sendo anormal em 3 (12%). Os procedimentos na sala de parto não foram associadas a diferenças significativas no resultado da neuroultrassonografia. **Conclusão:** Os procedimentos de reanimação na sala de parto não foram associados a diferenças nos desfechos alta ou óbito intra-hospitalar e resultado da neuroultrassonografia. Estes achados indicam que os procedimentos padronizados pela Programa de Reanimação Neonatal da SBP são efetivos, parecendo minimizar a mortalidade e as alterações estruturais do sistema nervoso central, mesmo quando o agravo ao recém nascido determina medidas seqüências de maior complexidade em sala de parto. Um estudo com maior amostra contribuiria para um melhor entendimento dos resultados.

Pôster 26 - AVALIAÇÃO CLÍNICA E ULTRASSONOGRÁFICA DO RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO VENTILADO NA SALA DE PARTO.

CLAUDIA RODRIGUES S MAIA; MANOEL REGINALD R HOLANDA; NÍVIA MARIA R ARRAIS; ROSA MARIA V SANTOS; HÉLCIO SOUZA MARANHÃO.



Instituição: Departamento de Pediatria da UFRN - **Cidade/UF:** NATAL/RN

Introdução: O peso ao nascer abaixo de 1500g caracteriza um grupo de recém-nascidos (RNMBP) de elevada morbimortalidade e que suscita caracterização quanto a sua assistência na sala de parto, evolução clínica intrahospitalar e no seguimento ambulatorial. **Objetivo:** Estabelecer a frequência dos procedimentos de reanimação neonatal na sala de parto nos RNMBP e associar a ventilação na sala de parto com as variáveis: score de APGAR no primeiro e quinto minutos de vida, necessidade e tempo de ventilação mecânica, mortalidade intrahospitalar, tempo de internação hospitalar, anormalidades no ultrassom transfontanela (USGTF) e no exame neurológico realizado na consulta de seguimento ambulatorial. A casuística foi composta por 111 RNMBP nascidos no período de julho de 2005 a março de 2006, assistidos na sala de parto por equipe treinada em Reanimação Neonatal segundo as normas da Academia Americana de Pediatria seguidas pela Sociedade brasileira de Pediatria, seguidos durante a internação hospitalar até a alta ou óbito e por 68 pacientes que retornaram para controle ambulatorial. As frequências foram determinadas em números percentuais e absolutos. A comparação entre os grupos ventilados e não ventilados foi realizada pelo Teste de Fisher, Odds ratio e Teste de Mann-Whitney. **Resultados:** Do total de 111 (100%) neonatos, 60 (55,6%) recém-nascidos eram do sexo masculino, a mediana do peso ao nascer foi 1135g e a mediana dos escores de APGAR foram 7 e 9 no primeiro e quinto minutos respectivamente. A ventilação mecânica foi indicada para 42 (37,8%) RNMBP e o óbito intra-hospitalar ocorreu em 25 pacientes (21%). Oitenta e cinco neonatos realizaram USGTF sendo normal em 66 (77,6%), e dos 68 que retornaram para seguimento ambulatorial 48 (70,6%) tiveram exame neurológico normal. A reanimação na sala de parto foi necessária em 90 (81,1%) dos 111 RNMBP, sendo: 47 (42,3%) por oxigênio inalatório, 36 (32,4%) ventilação com pressão positiva (VPP) com balão e máscara, 4 (3,6%) VPP com cânula traqueal, 2 (1,8%) VPP e massagem cardíaca (MC) e 1 (0,9%) VPP + MC + medicações. A necessidade de ventilação na sala de parto teve associação significativa com índice de APGAR abaixo de 7 no quinto minuto ($p=0,00$), com a necessidade de ventilação pulmonar mecânica (VPM) na UTI neonatal ($p=0,000$), com maior tempo de VPM ($p=0,00$) e com o óbito intra-hospitalar ($p=0,001$). A associação não foi significativa com o tempo de internação hospitalar ($p=0,21$), e nem com a ocorrência de anormalidades na USGTF ($p=0,26$) e no exame neurológico realizado no seguimento ambulatorial ($p=0,17$). **Conclusão:** Os recém-nascidos de muito baixo peso tiveram frequência elevada da necessidade de ventilação com pressão positiva na sala de parto, com maior chance nesse grupo de serem intubados na UTI neonatal, demorarem mais tempo em ventilação mecânica e apresentarem maior taxa de mortalidade intra-hospitalar. No entanto, diferentemente das complicações respiratórias, apesar de ventilados na sala de parto apenas 17 RNMBP tiveram APGAR abaixo de 7 no quinto minuto de vida e a avaliação neurológica, representada pela ultrassonografia transfontanela e o exame neurológico, não apresentou mais anormalidades naqueles RNMBP ventilados logo após o nascimento.

Pôster 27 - O "NASCER" NO ENFOQUE MULTIPROFISSIONAL.

MARIA VALDILIA N TORRES; MARCELO GENESTRA

Instituição: UniFOA/HSJB - **Cidade/UF:** VOLTA REDONDA/RJ

Introdução: Este trabalho explora as interfaces entre os diferentes sujeitos da área de saúde e suas competências e habilidades (PERRENOUD, 2000) adquiridas nos cursos teórico-práticos de Treinamento em Reanimação Neonatal. **Objetivo:** Oportunidade esta em que se exorta a interdependência entre profissionais na relação dos saberes (MORIN, 2002). **Métodos:** Os cursos oferecidos, norteados pelas Diretrizes Internacionais para Assistência Cardiovascular de Emergência do Recém-Nascido (RN) da Academia Americana de Pediatria e da Academia Americana para o Coração, tiveram o apoio relevante da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias, em ação multiplicadora. O conjunto gestor fluiu com a colaboração de professores universitários, 01 pedagogo, 02 pediatras e 01 enfermeira, sem ônus aos participantes. O estudo foi desenvolvido no período de outubro de 2004 a abril de 2005, em hospitais públicos do SUS de 04 cidades do interior do Estado do Rio de Janeiro, junto às Secretarias locais. A equipe foi composta de 77 profissionais da área de saúde, sendo 29 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros, 12 auxiliares, 05 pediatras, 20 estudantes de medicina e 01 fisioterapeuta. A abordagem foi quali-quantitativa, com a utilização de questionários com perguntas abertas e fechadas e técnicas de associações livres de palavras, e os dados foram analisados pelo Epi Info. **Resultados:** Como resultado, foram verificadas respostas predominantemente compatíveis com o cotidiano de sua profissão, dando importância ao papel de como e porquê atender ao RN, percebendo-o como um ser humano dependente de cuidados especiais. Consideraram que o treinamento de ação multidisciplinar é essencial por ser uma forma de saber e de compreender a realidade que se apresenta no seu dia-a-dia. **CONCLUSÃO:** Neste elo de práticas interdisciplinares, foi concluída uma abertura para reflexão ético-crítica focalizando a morbi-mortalidade perinatal, as políticas educacionais de saúde e o processo dinâmico do nascer, que coloca diante de todos uma vida a cultivar - a do RN em toda a sua totalidade - numa perspectiva dialética e transformadora do contexto social.

Pôster 28 - PREVALÊNCIA DE APGAR MENOR OU IGUAL A CINCO NO PRIMEIRO E QUINTO MINUTO DE VIDA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.**KARINA MARCHESI ZORZANELLI; ANDREA LUBE PEREIRA.****Instituição:** Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - **Cidade/UF:** VILA VELHA/ES

Introdução: O escore de Apgar é uma ferramenta utilizada universalmente para a avaliação da vitalidade do neonato ao nascimento e sua resposta às manobras de reanimação. **Objetivo:** identificar a frequência de neonatos com baixos índices de APGAR no primeiro e quinto minuto de vida, que provavelmente necessitaram de manobras de reanimação, a fim de reafirmar a necessidade do ensino da reanimação neonatal para alunos da graduação de medicina e pós-graduação de pediatria e neonatologia em hospital de referência para gestação de alto risco. **Métodos:** estudo descritivo, retrospectivo, envolvendo todos os nascimentos no período de 01-04-2004 a 30-09-2004. O escore de Apgar foi avaliado pelo pediatra envolvido na reanimação ao final do primeiro e quinto minuto de vida. Todos os atendimentos em sala de parto foram realizados por um médico treinado em reanimação neonatal, acompanhado por um aluno do último ano da graduação em medicina, um residente de primeiro ou segundo ano de pediatria, e um residente de primeiro ano de neonatologia durante os partos diurnos. Os atendimentos noturnos foram realizados sempre por um ou dois pediatras treinados em reanimação. A idade gestacional utilizada foi definida pelo médico assistente através da data da última menstruação, ultra-som obstétrico de primeiro trimestre ou New Ballard (melhor idade estimada). A adequação peso/idade gestacional foi definida através da tabela de percentis do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais, média e desvio padrão, utilizando-se o programa SPSS for Windows (versão 11.5). **Resultados:** 585 partos de nascidos vivos ocorreram no período. Foram excluídos 46 neonatos por malformação congênita. Quanto à via de parto 234 (43,4%) foram vaginais e 305 (56,6%) foram cesariana. A idade gestacional estimada foi em média 37,2 semanas (23,0-42,4 dp 3,4). O peso de nascimento médio foi de 2757,6 g (400-5190g dp 842,9). Quanto à adequação peso/idade gestacional, 419 (77,7%) eram AIG; 72 (13,4%) PIG e 44 (8,2%) GIG. Com relação ao APGAR de primeiro minuto, 35 (6,6%) neonatos obtiveram escore menor que cinco. Quanto ao APGAR de quinto minuto seis (1,2%) obtiveram escore < 5. **Conclusão:** A média anual de nascimentos vivos em nossa instituição é de 1900. Baseado no percentual de neonatos que obtiveram um escore menor que cinco no primeiro e quinto minuto de vida, cerca de 10 recém-nascidos ao mes necessitarão de manobras de reanimação mais agressivas. Apesar do escore de APGAR não servir para definição das manobras de reanimação em sala de parto, a inferência foi feita considerando-se a provável gravidade desses neonatos com uma má resposta as manobras de reanimação. Muitas instituições de ensino em pediatria ainda não exigem o treinamento em reanimação neonatal. Os nossos resultados reafirmam a necessidade da presença de equipe habilitada em reanimação neonatal no pronto atendimento desses recém-nascidos, a fim de minimizar as possíveis complicações neurológicas de um atendimento inadequado.

Pôster 29 - FREQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.**KARINA MARCHESI ZORZANELLI; ANDREA LUBE PEREIRA.****Instituição:** Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - **Cidade/UF:** VILA VELHA/ES

Introdução: Os procedimentos de reanimação neonatal preconizados pela SBP devem ser a referência de qualidade em todo atendimento em sala de parto. **Objetivo:** identificar a frequência dos procedimentos de reanimação em sala de parto. Comparar a necessidade de reanimação quanto à via de parto, apresentação, idade gestacional e peso de nascimento. **Métodos:** estudo prospectivo de uma série de casos, envolvendo todos os nascimentos de feto vivo, no período de 01-04-2004 a 30-09-2004. A indicação de cada um dos procedimentos de reanimação neonatal seguiu as recomendações do Programa de Reanimação Neonatal (PRN)-SBP. Todos os atendimentos em sala de parto foram realizados por um médico treinado em reanimação neonatal, acompanhado por um aluno da graduação em medicina, um residente de pediatria, e um residente de primeiro ano de neonatologia durante os partos diurnos. Os atendimentos noturnos foram realizados sempre por um ou dois pediatras treinados em reanimação. A idade gestacional utilizada foi definida pelo médico assistente através da data da última menstruação, ultra-som obstétrico ou New Ballard (melhor idade estimada). A adequação peso/idade gestacional foi definida através da tabela de percentis do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais, média e desvio padrão, utilizando-se o programa SPSS for Windows (versão 11.5). **Resultados:** 585 partos de nascidos vivos ocorreram no período, 46 foram excluídos por mal formação. Quanto à via de parto 234 (43,4%) foram vaginais e 305 (56,6%) cesarianas. A idade gestacional média 37,2 semanas (23,0-42,4 dp 3,4). O peso de nascimento médio foi de 2757,6 (400-5190g dp 842,9). Quanto à adequação peso/idade gestacional, 419 (77,7%) eram AIG; 72 (13,4%)



PIG e 44 (8,2%) GIG. 251 (46,6%) dos recém-nascidos receberam oxigênio inalatório, 43 (8%) necessitaram de ventilação com pressão positiva e oxigênio 100%, 2 (0,4%) responderam a massagem cardíaca, 6 (1,1%) necessitaram drogas e 35 (6,5%) foram intubados. Dos 337 (62,5%) recém-nascidos que necessitaram de alguma manobra de reanimação a via de parto não representou risco. Na apresentação cefálica 78,8% melhoraram com oxigênio inalatório e na pélvica 39% necessitaram de manobras mais agressivas. Entre os >2500g, 172 (87,3%) melhoraram com oxigênio 100% e entre os <1000g, 14 (77,7%) necessitaram de manobras mais agressivas. Excluindo o uso de oxigênio inalatório, 86 (25,4%) dos recém-nascidos necessitaram de manobras de reanimação. **Conclusão:** A média anual de nascimentos vivos em nossa instituição é de 1900. Cerca de 40 recém-nascidos ao mês necessitarão de manobras de reanimação mais agressivas (VPP-MC-EOT-drogas). O uso freqüente de oxigênio inalatório nos remete a necessidade de reavaliação de conduta e vem de encontro à recomendação atual da Academia Americana de Pediatria de maior tolerância da cianose central, respeitando a fisiologia da circulação de transição. A via de parto cesariana não representou maior necessidade de reanimação. A apresentação pélvica representa maior necessidade de reanimação. Quanto menor o PN e IG, maior a necessidade de reanimação. O atendimento adequado minimiza, podendo até evitar seqüelas neurológicas.

Pôster 30 - PREVALÊNCIA DE NEONATOS COM DESVIO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO E APGAR NO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA.

VIRGINIA CAETANO MARQUES; JOVANNA COUTO ANECHINI; ANDRESSA CHIABAI PATERLINI; KATHIA CARVALHO PEREIRA; ANDREA LUBE PEREIRA.

Instituição: Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - **Cidade/UF:** VILA VELHA/ES

Introdução: Os desvios do crescimento intra-uterino são freqüentes nas gestações de alto risco com uma alta taxa de internação dos neonatos na unidade de cuidado intensivo. 35% dos RN PIG e 43,8% dos RN GIG, nascidos na nossa maternidade necessitaram internação na UTIN. **Objetivo:** determinar se existiu uma relação entre os desvios do crescimento intra-uterino, com conseqüente hipoxemia fetal, e a freqüência de escores de Apgar menor ou igual a três no primeiro minuto de vida. **Métodos:** estudo retrospectivo, transversal de iniciação científica, envolvendo todos os neonatos nascidos no período de 01-01-2005 a 31-12-2005. Os dados foram coletados do livro de registro de nascidos vivos da maternidade escola. A idade gestacional utilizada foi definida pelo médico assistente através da data da última menstruação, ultra-som obstétrico de 1º trimestre ou New Ballard (melhor idade estimada). A adequação peso/idade gestacional foi definida através da tabela de percentis do Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). O escore de Apgar foi avaliado pelo pediatra envolvido na reanimação. Utilizou-se o programa SPSS for Windows (versão 11.5). Os resultados foram apresentados em números absolutos e percentuais. A significância estatística foi considerada para $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 1273 partos de nascidos vivos, foram incluídos no estudo 1232 neonatos. Quanto à adequação peso/idade gestacional, 935 (75,9%) eram adequados para idade gestacional (AIG); 240 (19,5%) pequenos para idade gestacional (PIG) e 57 (4,6%) grandes para a idade gestacional (GIG). Com relação ao Apgar de 1º minuto, 27 (2,9%) dos recém-nascidos AIG obtiveram escore = 3, 11 (4,6%) dos PIG e 3 (5,3%) dos GIG. A grande maioria (96,7%) dos RN obteve escore maior que três. **Conclusão:** Os desvios do crescimento intra-uterino não estiveram associados com uma maior freqüência de escore de Apgar menor que três no primeiro minuto de vida na nossa amostra. A avaliação prospectiva se faz necessária, com avaliação dos procedimentos de reanimação em sala de parto e definição das principais causas da internação na unidade de terapia intensiva.

Pôster 31 - PREMATUROS ENTRE 23 E 33 SEMANAS VENTILADOS COM BALÃO E CÂNULA TRAQUEAL AO NASCER TÊM MAIOR CHANCE DE ÓBITO NA PRIMEIRA SEMANA?

CÉLIA MARA DI GIOVANI; MARIA EUNICE REIS; FERNANDA ZUCOLLOTTI; FILOMENA BERNARDES DE MELLO; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; MILTON HARUMI MIYOSHI; HELENILCE DE PAULA F COSTA; EDUARDO RAHME AMARO.

Instituição: Hospital e Maternidade Santa Joana - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: O prematuro, por ser mais susceptível aos eventos hipóxicos, na maioria das vezes necessita de procedimentos de reanimação ao nascimento. **Objetivo:** Avaliar se a realização de procedimentos invasivos para reanimar prematuros com peso menor ou igual a 1500g na sala de parto está associada ao óbito na 1ª semana de vida. **Métodos:** Coorte prospectiva de 673 RN com peso ao nascer (PN) entre 401 e 1500g e idade gestacional (IG) de 230/7 a 336/7 semanas com assistência pré-natal, sem anomalias congênitas incompatíveis com a vida, nascidos entre Jan/2001 e Dez/2005 em maternidade privada. O atendimento em sala de parto foi realizado por pediatras treinados e seguiu as normas da Academia Americana de Pediatria e Sociedade Brasileira de Pediatria (2000). Procedimento invasivo de reanimação foi considerado se o paciente foi ventilado com balão e cânula traqueal e/ou recebeu massagem cardíaca e/ou medicações na sala de parto. Avaliou-se se a associação entre a

realização do procedimento invasivo, entre outras variáveis maternas e neonatais, e a variável dependente: óbito antes de 168 horas de vida. Os resultados foram analisados por teste-t e qui-quadrado, e a seguir, por modelo de regressão logística (teste de Hosmer-Lemeshow). As variáveis numéricas estão expressas em média (intervalo de confiança 95%) e as categóricas em proporção (%). **Resultados:** No período de estudo, nasceram 673 pacientes, dos quais 601 sobreviveram e 72 faleceram na 1ª semana de vida (10 RN \leq 24 horas, 44 entre 24-71 horas e 18 RN de 72-167 horas). O grupo de sobreviventes diferiu do grupo de óbitos ($p < 0,05$), respectivamente, quanto às variáveis: PN de 1086g (1064-1108) vs 755g (700-809); IG de 29,2 (28,9-29,4) semanas vs 26,0 (25,4-26,5); gemelaridade - 32% vs 18%; corticosteróide antenatal - 67% vs 36%; parto cesáreo - 84% vs 58%; PIG - 36% vs 19%; O2 inalatório ou ventilação com balão e máscara - 50% vs 1%; só ventilação com cânula traqueal - 49% vs 85%; ventilação por cânula com massagem cardíaca e/ou medicações na sala de parto - 2% vs 14%; Apgar de 1º minuto - 6,2 (6,0-6,3) vs 3,3 (2,8-3,8); Apgar de 5º minuto - 8,2 (8,1-8,3) vs 6,2 (5,8-6,7); surfactante exógeno - 60% vs 99%. Os sobreviventes foram semelhantes aos óbitos precoces quanto à apresentação fetal pélvica (24% vs 33%) e sexo masculino (45% vs 51%). A análise de regressão mostrou que a chance de morrer antes de 168 horas aumenta se a mãe não recebe corticosteróide antenatal (odds ratio 2,63; IC95%: 1,44-4,80) e à medida que diminua o peso (ou idade gestacional) e os escores de Apgar de 1º e de 5º minutos não apresentem elevação. Entretanto, tal análise não evidenciou associação de óbito com gemelaridade, apresentação pélvica, tipo de parto, procedimento invasivo de reanimação, sexo, PIG e administração de surfactante exógeno. **Conclusão:** Ao nascimento, a realização adequada de procedimentos invasivos por neonatologistas treinados em reanimação não implicou em maior chance de óbito na 1ª semana de vida de recém-nascidos de 23 a 33 semanas e peso até 1500g. Uma vez que todas as mães receberam assistência pré-natal, este estudo reforça que o não uso de corticosteróide ante-natal e a asfixia perinatal contribuem para a mortalidade precoce, principalmente em pacientes de extremo baixo peso.

Pôster 32 - HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA.

SUELY DORNELLAS DO NASCIMENTO; FILOMENA BERNARDES DE MELLO; SÉRGIO RICARDO P DE OLIVEIRA; MARIA EUNICE REIS; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; HELENILCE DE PAULA F COSTA; EDUARDO RAHME AMARO.

Instituição: Hospital e Maternidade Santa Joana - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Ao nascimento, o prematuro é susceptível às alterações térmicas da sala de parto e pode apresentar hipotermia, pois existe uma limitação na sua capacidade de produzir calor endógeno e prevenir a perda de calor. **Objetivo:** Determinar a frequência de hipotermia em prematuros na primeira hora de vida. **Métodos:** Coorte prospectiva de 44 RN com peso ao nascer (PN) < 1500 g e idade gestacional (IG) < 34 semanas, sem anomalias congênitas maiores, nascidos no período de 1/01-30/04/2006, em maternidade privada. Ao nascimento, a recepção foi feita por pediatras e enfermeiras treinados conforme as normas da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria (2000), estando as salas de parto climatizadas ao redor de 25°C. O RN foi colocado em campo estéril previamente aquecido e sob fonte de calor radiante (Fanem® 51 TS). A seguir, desprezou-se o campo úmido, sendo o RN secado e uma touca de algodão colocada em sua cabeça. Realizaram-se então, quando necessários, os outros procedimentos de reanimação. O RN foi transportado à UTI neonatal em incubadora (Fanem® TI 159 TS), previamente aquecida a 36°C, por um neonatologista e uma enfermeira. Se necessária, a ventilação era manual ou mecânica, por cânula traqueal. Na UTI, o paciente foi colocado em incubadora de dupla parede (Fanem® 2186 ou Dragger® 8000 IC) a 36°C umidificada a 70%, com cobertura plástica DE POLIETILENO (MAGIPACK®). A TEMPERATURA CORPÓREA FOI MEDIDA EM REGIÃO AXILAR COM TERMÔMETRO (INCOTERM®) Dentro da UTI nos 1ºs 60 minutos de vida. Hipotermia foi definida se temperatura $< 36,0^\circ\text{C}$ (hipotermia moderada - OMS, 1997). Comparou-se a frequência de hipotermia em dois grupos (Grupo A: 23 RN com PN < 1000 g; Grupo B: 21 RN de 1000-1499g), analisando-se as variáveis numéricas (média \pm DP) pelo teste-t e as categóricas (%) por qui-quadrado ou Fisher. **Resultados:** Os 44 RN tiveram temperatura de $35,8 \pm 0,6^\circ\text{C}$ (mínimo $35,0^\circ\text{C}$ -máximo $37,2^\circ\text{C}$), detectando-se hipotermia em 24 (54%) na 1ª hora de vida. Os dois grupos (A versus B) foram semelhantes quanto a: gemelaridade - 35% vs 48%; corticóide ante-natal - 65% vs 76%; apresentação pélvica - 26% vs 14%; parto cesáreo - 78% vs 86%; intubação traqueal - 82% vs 52%; Apgar 1º minuto: 6 ± 2 vs 6 ± 2 ; Apgar 5º minuto: 8 ± 2 vs 8 ± 1 ; masculino: 39% vs 52%; PIG - 26% vs 19%; ventilação no transporte: 83% vs 52%; admissão na UTI: 17 ± 7 vs 15 ± 6 minutos de vida). Além da diferença esperada em relação ao PN (788 ± 141 vs 1.268 ± 128 g) e à IG ($26,6 \pm 1,9$ vs $29,9 \pm 1,8$ semanas), observou-se maior frequência de hipotermia ($p = 0,007$) no Grupo A (74%) do que no Grupo B (33%). Os 24 RN com hipotermia tiveram maior tempo entre o nascimento e a admissão na UTI neonatal do que os 20 RN sem hipotermia ($18,5 \pm 7,1$ vs $13,8 \pm 5,6$ minutos de vida; $p = 0,02$), além do menor PN ($p = 0,001$) e IG ($p = 0,01$). **Conclusão:** As intervenções habitualmente preconizadas para minimizar a perda de calor na sala de parto e durante o transporte para a UTI neonatal não são eficazes na maioria dos RN de muito baixo peso, em especial, nos de extremo baixo peso.



Portanto, medidas adicionais precisam ser implementadas para prevenir a hipotermia na 1ª hora de vida e, assim, contribuir para a redução da morbidade e mortalidade nessa população de risco.

Pôster 33 - ACIDEMIA FETAL E MORBIMORTALIDADE NEONATAL PRECOCE.

GRAZIELA LOPES DEL BEN; MIRIAM RIKA TAGUCHI; JOAQUIM EUGÊNIO B CABRAL; EDUARDO BRAUN FERREIRA; RACHEL MARIA B PARADELLA; SÉRGIO SOUSA AYRES; LUIZ CARLOS B FERREIRA.

Instituição: Hospital e Maternidade São Luiz - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: O valor do apgar é limitado para prognóstico neurológico. A acidemia fetal (AF) associa-se com alta morbimortalidade. Relata-se que o componente metabólico da AF, o pH ou excesso de base (BE), têm valor prognóstico na morbimortalidade neonatal. **Objetivos:** Avaliar a acidemia fetal e aspectos da morbimortalidade neonatal precoce. **Métodos:** Entre 2003 e 2005, 424 RN com apgar do 1º minuto ≤ 5 , IG ≥ 36 semanas e peso ≥ 2000 g foram avaliados segundo a AF e distribuídos em 2 grupos: com AF (93 RN) e sem AF (331 RN). A AF foi definida como BE < -12 mmol/L obtidos no sangue do cordão umbilical ou artéria periférica, entre nascimento e 1ª hora. RN com AF foram redistribuídos segundo o apgar 5º minuto ≤ 5 (12RN) e > 5 (81RN). Avaliou-se a mortalidade e morbidade neurológica (convulsão, hipotonia e hiperexcitabilidade), respiratória (uso de oxigênio > 24 h, ventilação mecânica) e instabilidade hemodinâmica (uso de dopamina). Os RN com malformações graves e anomalias genéticas foram excluídos. **Resultados:** A AF foi detectada em 22% (93/424) dos RN. Os grupos foram homogêneos quanto à idade gestacional, peso e sexo. Entre os RN com e sem AF, 24 (26%) e 60 (18%), respectivamente, nasceram por parto normal. No grupo com AF, houve maior proporção de RN (17/93) com alterações neurológicas do que no grupo sem AF (0/331) (18,2% x 0%, $p < 0,001$). Também a proporção de RN com alterações respiratórias foi maior no grupo com AF (64,5% x 12,4%, $p < 0,001$). Houve maior e significativa proporção de óbitos entre os RN com AF (4,3% x 0,3%, $p = 0,009$). O uso de dopamina foi maior entre os RN com AF (9,6% x 1,2%, $p < 0,001$). A proporção de RN com morbidade neurológica foi maior no grupo com AF e apgar do 5º minuto = 5 o que no grupo com AF e apgar do 5º minuto > 5 (75% x 10%, $p < 0,001$). Total de 8/81 (10%) dos RN com AF e apgar do 5º minuto > 5 apresentou alterações neurológicas. A proporção de RN com óbitos, alterações respiratórias e uso de dopamina foi semelhante entre os grupos com AF e apgar do 5º minuto = 5 e aqueles com AF e apgar > 5 (16,6% x 2,4%, $p = 0,08$; 91,5% x 60,5%, $p = 0,05$ e 25% x 7,4%, $p = 0,089$). Os RN com AF apresentaram 14,8 vezes o risco de mortalidade (OR 14,83; IC1,43-732,52) e 3,19 vezes o risco de morbidade respiratória (OR 3,19; IC 2,19-7,30) do que aqueles sem AF. Os RN com AF e apgar do 5º minuto = 5 apresentaram 27,38 vezes o risco de alterações neurológicas do que os RN com AF e apgar > 5 (OR 27,38; IC 5,13-117,39). **Conclusão:** A AF relacionou-se com maior mortalidade e morbidade neurológica e respiratória. A morbidade neurológica foi maior quando houve associação entre a AF e apgar do 5º minuto ≤ 5 . A avaliação da AF permitiu identificar 10% de RN com alterações neurológicas precoces, os quais não seriam detectados apenas pelo apgar do 5º minuto.

Pôster 34 - AVALIAÇÃO DO “PROGRAMA DE TREINAMENTO PARA AUXILIARES DE REANIMAÇÃO NEONATAL” DO HOSPITAL SANTA CATARINA (SÃO PAULO)

MÁRIO CÍCERO FALCÃO

Instituição: Hospital Santa Catarina - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: Em decorrência da implantação da acreditação plena (Nível 3), o Hospital elaborou o “Programa de Treinamento para Auxiliares de Reanimação”, a fim de capacitar seus profissionais que atuam na reanimação neonatal, baseado no Curso para Auxiliares da Reanimação Neonatal, formalizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria em 2003. **Objetivo:** Avaliar o “Programa de Treinamento para Auxiliares de Reanimação Neonatal” do Hospital Santa Catarina, São Paulo. **Métodos:** O Programa teve apoio logístico do Centro de Estudos e Capacitação do Hospital e instrutor selecionado pertencente à Equipe de Neonatologia do próprio hospital. Os cursos foram ministrados em local apropriado, nas dependências do hospital. O kit utilizado pertence à Sociedade de Pediatria de São Paulo. Para a análise do Programa levou-se em consideração: número de alunos (total e por curso), profissão (auxiliares e técnicos de enfermagem e enfermeiros: geral, pediátrico, neonatal e obstétrico); local de atuação (Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva - Neonatal e Pediátrica, Pronto Atendimento Pediátrico e Enfermaria Pediátrica); índice de satisfação; aproveitamento (média e desvio padrão da frequência e das notas: pré-teste, prática, pós-teste e final). Além disso, no pós-teste, foram analisadas as questões com maiores índices de acertos e de erros, correlacionando-se com a formação profissional e/ou local de atuação. **Resultados:** O Programa durou 6 meses (de março a setembro de 2005); foram realizados 21 cursos, com média de 7,85 alunos/curso (total de 165 alunos). Este total representa 96% da população alvo, pois foram excluídos funcionários em licença médica prolongada ou em vias de aposentadoria. O índice de satisfação (ótimo e bom) foi de 90%. Em relação à profissão: 69,09% de auxiliares e 8,49% de técnicos de enfermagem; 22,42% de enfermeiros, assim distribuídos: 13,51% gerais, 18,91% pediátricos, 35,15% neonatais, 32,43% obstétricos; ao local de atuação: 32,43% no Centro Obstétrico,

35,15% na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 13,51% na Pediátrica, 8,10% no Pronto Atendimento Pediátrico e 10,81% na Enfermaria Pediátrica. A frequência e a aprovação foram de 100%, com as seguintes notas: pré-teste 42,46 +/- 8,28, prática 85,14 +/- 3,55, pós-teste 83,50 +/- 7,06 e final 85,02 +/- 3,79. A conduta na presença de mecônio, a ventilação com balão e máscara e a indicação de oxigênio inalatório formam os tópicos que apresentaram maiores índices de erros no pós-teste (41,2%, 33,9% e 32,7%, respectivamente). As enfermeiras neonatais e obstétricas foram as que obtiveram as melhores notas (pós-teste e final superiores a 86%); as auxiliares de enfermagem que não atuavam no Berçário ou no Centro Obstétrico receberam notas finais entre 80 e 85%. **Conclusão:** O Programa, implantado em total concordância com as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria, mostrou-se factível e seus objetivos foram alcançados pois o índice de satisfação foi excelente e o aproveitamento, além do esperado. A análise das questões com maiores coeficientes de erros evidencia que estes pontos deverão, em futuro, ser mais enfatizados, tanto na abordagem teórica quanto prática.

Pôster 35 - RECÊM-NASCIDOS TRIGÊMEOS: ATENDIMENTO NAS SALAS DE PARTO

EDINÉIA VACILOTO LIMA; DÉBORA MANZIONE P DE OLIVEIRA; FLÁVIA LOPES DE S PINTO; MARIA ÂNGELA SARAIVA; WILMA RICARDO TAVARES; RUTH GUINSBURG; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA; EDUARDO RAHME AMARO.

Instituição: Pro Matre Paulista - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: O crescente número de gestações múltiplas observado em maternidades privadas com serviços de reprodução assistida requer a ampliação de infra-estrutura física e recursos humanos, em especial no momento do parto. **Objetivo:** Descrever a equipe profissional e os procedimentos de reanimação realizados ao nascimento de trigêmeos. **Métodos:** Coorte retrospectiva de 120 trigêmeos nascidos em maternidade privada de Mar/00-Abr/06. Foram excluídos pacientes com anomalias congênitas, IG <23 semanas e PN <400g. As 40 gestantes receberam assistência no 1º, 2º e 3º trimestres com obstetra particular. Os RN foram recepcionados em sala de parto por neonatologistas e enfermeiras treinados em reanimação neonatal, segundo normas da Sociedade Brasileira de Pediatria. A análise compreendeu características maternas e neonatais, de acordo com a ordem de nascimento. A assistência na sala de parto foi analisada quanto aos profissionais presentes e aos procedimentos de reanimação, além do transporte para a UTI neonatal. Variáveis numéricas são descritas em mediana (mínimo-máximo) e categóricas, em frequência. **Resultados:** No período, os 120 trigêmeos corresponderam a 0,5% dos 25.742 nascidos vivos. Características das 40 gestantes: 32 anos (23-43); reprodução assistida - 34 (85%); hipertensão - 6 (15%); infecção urinária - 5 (13%); RCIU - 3 (8%); cerclagem - 5 (13%); trabalho de parto prematuro - 14 (35%); corticóide antenatal - 31 (78%); IG - 33,1 sem. (23-36,7); 12 partos (30%) à noite; cesarianas - 37 (93%), indicadas por: trigemelaridade - 15 (41%), trabalho de parto prematuro - 14 (38%), amniorrexe prematura - 10 (27%), sofrimento fetal - 7 (19%), RCIU - 4 (11%), descolamento de placenta - 3 (8%). Em cada parto, 4 (3 a 6) neonatologistas e enfermeiras atenderam exclusivamente os RN. Características dos 120 trigêmeos: PN 1730g (535-2840), com 33% <1500g; PIG - 39 (33%); masculinos - 64 (53%). Quanto à reanimação, 76 (63%) receberam somente O2 inalatório; 32 (27%) foram ventilados (17 com balão e máscara, 7 com balão e máscara seguida de cânula traqueal, e 8 diretamente com cânula); 1 recebeu adrenalina e 1 naloxone. O Apgar foi 8 (1-9) no 1º minuto e 9 (1-10) no 5º minuto, com valor \leq 3, respectivamente, em 7 (6%) e em 1 RN (0,8%). A chegada à UTI ocorreu em incubadora de transporte em 117 (98%) RN, com 30 (7-60) minutos de vida, sendo 16 (14%) em ventilação mecânica. O escore SNAPPE-II foi zero (0-80). Surfactante foi ministrado para 26 (22%) RN. Nove (8%) pacientes faleceram, com mediana de 31h (12-66): os 3 trigemelares de 2 gestações de 23 sem.; 1º e 3º gêmeos de 32 sem. por sepse precoce; 1º gêmeo de 31 sem. por hipertensão pulmonar. Os resultados das variáveis PN, adequação PN/IG, sexo, manobras de reanimação, Apgar, SNAPPE-II, surfactante e óbito foram similares para o 1º, 2º e 3º trigêmeos. **Conclusão:** É necessária a presença, para cada trigêmeo, de no mínimo dois profissionais treinados em reanimação neonatal, pois 1/3 deles precisa de ventilação, independentemente da ordem de nascimento. Embora o risco de asfixia seja mais elevado em gestações múltiplas, os trigemelares analisados apresentaram boas condições de nascimento, provavelmente devido à assistência adequada à gestante e aos conceitos no período perinatal.

Pôster 36 - MORTALIDADE NEONATAL PRECOZE ASSOCIADA À ASFIXIA PERINATAL EM 2001 A 2003: DIFERENÇAS REGIONAIS NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO.

MANDIRA DARIPA*; MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA*; RUTH GUINSBURG*; HELENA MARIA G CALDAS*; MARGARETE SILVA JORDANI; LUIS PATRICIO O FLORES**; BERNADETTE WALDVOGEL****

Instituição: UNIFESP* e Fundação SEADE** - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A asfixia perinatal contribui com 23% dos óbitos neonatais por ano no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. A asfixia perinatal é considerada como causa do óbito quando presente na alínea "causa



básica” da Declaração de Óbito, ocorrendo em 8,3 e 8,7% dos óbitos neonatais precoces do Interior do Estado de São Paulo respectivamente em 2001 e 2002, segundo a Fundação SEADE. **Objetivo:** Descrever a frequência dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia perinatal dentre os nascidos vivos e dentre os óbitos neonatais precoces nas 19 Direções Regionais de Saúde (DIR) do Interior do Estado de São Paulo no triênio 2001-2003. **Métodos:** Estudo transversal dos óbitos associados à asfixia ocorridos até 167 horas e 59 minutos de vida no período de 1/Jan/2001 a 31/Dez/2003, nas 19 DIR do Interior do Estado de São Paulo. Considerou-se que o óbito associou-se à asfixia perinatal se, em qualquer linha da Declaração de Óbito, estivessem escritas as causas: hipóxia intra-útero (P20.0, P20.1, P20.9), asfixia ao nascer (P21.0, P21.1, P21.9) ou síndrome de aspiração de mecônio (P24.0). Os dados foram obtidos por meio de bancos eletrônicos e cópias das Declarações de Óbito e das Declarações de Nascido Vivo fornecidos pela Fundação SEADE. Os óbitos associados à asfixia no triênio foram classificados de acordo com a DIR de ocorrência. As seguintes frequências foram calculadas: número de óbitos associados à asfixia em relação ao número total de nascidos vivos e número de óbitos associados à asfixia em relação ao número total de óbitos neonatais precoces, em cada uma das 19 DIR. O número total de nascidos vivos e o número de óbitos neonatais precoces foram obtidos no site www.seade.gov.br. **Resultados:** No triênio, 903.568 nasceram vivos no Interior do Estado de São Paulo, com 7.310 óbitos neonatais precoces (8 por mil nascidos vivos), dos quais 1.636 foram associados à asfixia perinatal, o que correspondeu a 1,81 óbito por mil nascidos vivos e a 22,4% das mortes do período neonatal precoce. Das 19 DIR, sete (Assis, Marília, Presidente Prudente, Registro, Santos, Sorocaba e Taubaté) superaram a taxa global obtida no interior, com valores de 2,02 a 2,83 por mil nascidos vivos; enquanto outras seis (Araraquara, Barretos, Bauru, Botucatu, Franca e São José do Rio Preto) destacaram-se pelas taxas mais baixas, com 0,93 a 1,26 por mil nascidos vivos. Dos óbitos neonatais precoces, 24,0 a 34,1% associaram-se à asfixia em sete regiões (Assis, Campinas, Marília, Piracicaba, Registro, Ribeirão Preto e Santos). Já em outras quatro regiões (Araraquara, Barretos, Franca e São José do Rio Preto), esta associação foi menos freqüente, ocorrendo em 13,0 a 14,7% dos óbitos neonatais precoces. **Conclusão:** A elevada freqüência de asfixia perinatal nos recém-nascidos que morreram antes de completar sete dias de vida alerta para a necessidade urgente de ações destinadas à melhoria da assistência da saúde da gestante e do recém-nascido no período perinatal no interior do Estado de São Paulo. Para planejar tais ações, deve-se levar em conta a heterogeneidade regional.

Pôster 37 - ASFIXIA PERINATAL E MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE NO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS DE 2001 A 2003.

MANDIRA DARIPA*; **MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA*;** **RUTH GUINSBURG*;** **HELENA MARIA G CALDAS*;** **MARGARETE SILVA JORDANI**;** **LUIS PATRICIO O FLORES**;** **BERNADETTE WALDVOGEL****
Instituição: UNIFESP* e Fundação SEADE** - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: No Interior do Estado de São Paulo, a asfixia perinatal associou-se ao óbito neonatal precoce em 1.636 (22,4%) pacientes, dentre os 7.310 nascidos vivos que morreram antes de 7 dias de vida, no triênio 2001-2003. Entretanto, as características de tais recém-nascidos são desconhecidas. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes que evoluíram para óbito neonatal precoce associado à asfixia perinatal no Interior do Estado de São Paulo de 2001 a 2003. **Métodos:** Estudo transversal dos 1.636 óbitos associados à asfixia perinatal ocorridos até 167 horas e 59 minutos de vida entre 01/01/2001 e 31/12/2003, no Interior do Estado de São Paulo. Considerou-se que o óbito associou-se à asfixia perinatal se, em qualquer linha da Declaração de Óbito, estivessem escritas as causas: hipóxia intra-útero (P20.0, P20.1, P20.9), asfixia ao nascer (P21.0, P21.1, P21.9) ou síndrome de aspiração de mecônio (P24.0). Variáveis demográficas, dados maternos e neonatais foram obtidos por meio de bancos eletrônicos e cópias das Declarações de Óbito e das Declarações de Nascido Vivo fornecidos pela Fundação SEADE. As variáveis numéricas foram descritas em média e desvio padrão e as categóricas em frequência, sendo estas apresentadas por número encontrado/observações válidas. **Resultados:** Das 22 variáveis coletadas nos 1.636 óbitos neonatais precoces, 18 apresentaram 92-99% de observações válidas e quatro (paridade, consultas de pré-natal e Apgar de 1 e 5 minutos) apresentaram 86-89%. Características maternas: idade (n=1598) - 25±7 anos; parceiro fixo - 63% (956/1511); escolaridade 4-11 anos - 74% (1113/1514); donas de casa - 74% (1161/1570); primí ou secundigesta - 64% (898/1403); 7 ou mais consultas de pré-natal - 42% (603/1453); gravidez única - 93% (1494/1613); parto vaginal - 54% (867/1613); presença de intercorrências clínicas e obstétricas - 16% (253/1636). Quanto às características demográficas, 73% (1162/1594) dos partos ocorreram no mesmo município de residência materna; 61% em entidades beneficentes sem fins lucrativos (923/1508); 60% no período diurno (932/1548); 86% (1235/1443) dos RN morreram no local do nascimento e 66% (1076/1621) antes de 24 horas de vida. Características neonatais: idade gestacional +37 semanas - 48% (747/1572); peso ³2500g - 43% (690/1602); masculinos - 56% (913/1634); raça/cor branca - 82% (1314/1634); Apgar E_3 no 1º minuto - 71% (1002/1415); Apgar E_3 no 5º minuto - 45% (635/1411); síndrome de aspiração meconial - 20% (327/1636) e anomalia congênita maior ausente - 85% (1390/1636). **Conclusão:** No Interior do

Estado de São Paulo nos anos de 2001 a 2003, a mortalidade neonatal precoce associada à asfixia atingiu, em quase metade dos casos, bebês a termo, com mais de 2500 gramas e que, na maioria das vezes, nasceram no período diurno e faleceram nas primeiras 24 horas de vida, no mesmo local de nascimento. Estes dados alarmam e apontam para a necessidade urgente de intervenção na assistência de saúde prestada durante o parto e o nascimento nessa região desenvolvida do país.

Pôster 38 - INFLUÊNCIA DA REANIMAÇÃO NEONATAL DE NASCIDOS VIVOS (NV) COM APGAR 1' <=3 SOBRE O APGAR DE 5' NAS 12 MATERNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DA CIDADE DE SÃO PAULO, DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS MATERNA, PRÉ-NATAL E DO RN EM 2003 E 2005.

CLEA RODRIGUES LEONE; GENY MM YAO; LILIAN S RODRIGUES SADECK.

Instituição: CODEPPS - Área Técnica Saúde da Criança e Adolescente - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: A capacitação em reanimação neonatal de profissionais que atuam nas salas de reanimação das maternidades tem por finalidade influenciar significativamente a evolução dos nascidos vivos nestas unidades, com repercussões sobre a mortalidade neonatal, especialmente a neonatal precoce. Quando acrescida de melhoria da assistência à gestante, poderá causar efeitos mais significantes. **Objetivo:** Analisar a influência da reanimação neonatal de NV com Apgar 1' <=3 nas Maternidades da SMS-SP, de acordo com as características maternas, pré-natal e do RN, sobre a recuperação aos 5 minutos de vida e a mortalidade neonatal precoce, em 2003 e 2005. **Métodos:** Estudo de coorte histórica, utilizando-se o banco de dados da SMS (SINASC e PRO-AIM,CEInfo), de 2003 e 2005. Foram incluídos todos os NV das 12 Maternidades da SMS, distribuídos de acordo com o ano de nascimento (2003 e 2005). Foram excluídos os dados incompletos ou ignorados. Comparou-se o perfil materno e dos recém-nascidos nos dois períodos, através da análise dos parâmetros: idade materna (< 20 anos), pré-natal (ausente e > 6 consultas), raça (branca), tipo de parto (cesárea), sexo (masculino), peso nascimento (PN), subdividido em baixo peso (BP<2500g), muito baixo peso (MBP<1500g) e muitíssimo baixo peso (MMBP<1000g), PT (IG< 37 sem), e evolução para óbito neonatal e neonatal precoce(<7dias). Avaliou-se também as condições de nascimento através do Apgar 1' <=3 e a recuperação com Apgar 5' >3, entre os 2 períodos. Analisou-se a mortalidade neonatal precoce dos RN que apresentaram Apgar de 5 minutos >3. A comparação entre os 2 grupos foi feita através do Qui-quadrado, considerando-se como nível de significância p<0,05. **Resultados:** Incluídos 49066 NV, sendo 24927 em 2003 (G1) e 24139 em 2005 (G2). Características maternas: idade materna <20 anos (G1=21,7%, G2=20,2%; p<0,001); ausência de pré-natal (G1=3,0%, G2=2,5%; p<0,001); mais de 6 consultas no pré-natal (G1=47,5%, G2=59,0%; p<0,001); raça branca (G1=44,6%, G2=50,3%; p<0,001); parto cesárea (G1=32,6%, G2=35,6%; p<0,001). RN: sexo masculino (G1=51,6%, G2=51,2%; p=0,60); BP (G1=9,8%, G2=11,9%; p<0,001); MBP (G1=1,9%, G2=1,9%; p=0,91); MMBP (G1=0,7%, G2=0,8%; p=0,61) e PT (G1=9,9%, G2=9,9%; p=0,63). Óbito Neonatal (G1=1,3%, G2=0,8%; p<0,001), neonatal precoce (G1=0,9%, G2=0,7%; p<0,001). Em relação ao Apgar 1' <=3 nos nascidos vivos (NV) (G1=4,1%, G2=3,3%; p<0,001); nos BP (G1=10,9%, G2=9,7%; p=0,142); MBP (G1=37,3%, G2=35,0%; p=0,503); MMBP (G1=59,2%, G2=48,2%; p=0,04). Óbito neonatal (G1=54,0%, G2=54,4%; p=0,05), neonatal precoce (G1=47,1%, G2=46,9%; p=0,05). Recuperação do Apgar 5': NV (G1=66,3%, G2=72,7%; p=0,004); BP (G1=65,1%, G2=68,2%; p=0,47); MBP (G1=60,2%, G2=65,0%; p=0,42) e MMBP (G1=55,0%, G2=58,3%; p=0,73). Mortalidade neonatal precoce dos que se recuperaram (G1=9,9%, G2=7,9%; p=0,28). **Conclusão:** A reanimação neonatal associada a uma maior frequência ao Pré-natal em 2005, relacionou-se a uma menor ocorrência de Apgar 1' <=3 nos NV, em especial nos MMBP, maior recuperação do Apgar 5' em NV >2500g.

Pôster 39 - FATORES DE RISCO DE OCORRÊNCIA DE APGAR 1' <3 EM NASCIDOS VIVOS (NV) DAS 12 MATERNIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) DA CIDADE DE SÃO PAULO NO PERÍODO DE 2004 A 2005.

LILIAN S RODRIGUES SADECK; GENY MM YAO; CLEA RODRIGUES LEONE.

Instituição: CODEPPS - Coordenação de Desenvolvimento de Programa - **Cidade/UF:** SÃO PAULO/SP

Introdução: O conhecimento dos fatores de risco relacionados à ocorrência de recém-nascidos (RN) com Apgar 1' <=3 numa determinada população constitui uma das estratégias fundamentais para que se possa programar ações mais efetivas para o controle destes, melhorando as condições de nascimento dos NV. **Objetivo:** Analisar a importância de fatores pré-natais e dos RN na ocorrência de Apgar 1' <3 em 12 Maternidades, no período de 2004 a 2005. **Métodos:** Estudo coorte, utilizando-se o banco de dados da SMS-SP (CEInfo,2005), de 01/01/04 a 31/12/2005. Foram incluídos os NV das 12 Maternidades que apresentaram Apgar 1' <=3 e Apgar 1' 8 a 10. Foram excluídos os com Apgar ignorado ou entre 4 a 7. Para a análise dos fatores de risco pré-natal e neonatal comparou-se a ocorrência de Apgar 1' <=3 (G1) utilizando-se como referência os que apresentaram Apgar 1' 8 a 10



(G2). Fatores analisados: idade materna (< 20 e >20 anos), pré-natal (ausente e >6 consultas), raça (branca e não branca), escolaridade materna (<7 e >7anos), parto (cesárea e vaginal), sexo (masculino e feminino), peso de nascimento (PN), categorizados em baixo peso (BP<=2500g), muito baixo peso (MBP<1500g) e muitíssimo baixo peso (MMBP<1000g) e peso >2500g, pré-termo (PT) (IG <37 e >=37sem) e evolução para óbito neonatal e neonatal precoce (<7dias). Para comparar G1 e G2 utilizou-se Qui-quadrado, análise univariada e risco relativo (RR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), através do programa Epi-info. Considerou-se significante valores de p<0,05. **Resultados:** Foram admitidos 50043 NV nas 12 Unidades, sendo 1777 (3,6%) incluídos no G1 e 40965 (81,9%) no G2. Excluídos 7301 (14,6%) com Apgar 1' de 4 a 7. Encontrou-se: idade materna <20 anos (G1-20,7%; G2-20,6%; p>0,05); sem pré-natal (G1-6,5%; G2-2,4%; p<0,001); raça branca (G1-44,7%; G2-48,2%; p<0,05); escolaridade >7anos (G1-52,0%; G2-53,0%; p>0,42); parto cesáreo (G1-35,2%; G2-32,5%; p<0,05); masculino (G1-54,9%; G2-50,8%; p<0,001); BP (G1-34,5%; G2-9,3%; p<0,001); MBP (G1-18,6%; G2-0,6%; p<0,001); MMBP (G1-11,2%; G2-0,1%; p<0,001); PT (G1-30,8%; G2-7,6%; p<0,001) e óbito neonatal (G1-13,8%; G2- 0,2% ; p<0,001), sendo neonatal precoce G1-11,7% e G2-0,1% (p<0,001). No G1, 84,5% dos óbitos foram precoces e 59,8% no G2. O RR (IC95%) entre G1 e G2 foi significante para os fatores: sem pré-natal 2,64 (2,21-3,16); raça branca 0,88 (0,80-0,96); parto cesáreo 1,12 (1,02-1,23), masculino 1,17 (1,07-1,28), BP 12,0 (10,2-14,0), MBP 50,8 (43,4-59,4), MMBP 72,8 (62,5-84,8) e RNPT 4,76 (4,33-5,24). Os RN do G1 tiveram um RR 22,1 (20,4-23,9) de evoluir para óbito precoce em relação aos do G2. Idade materna <20 anos e escolaridade acima de 7 anos não mostraram relação com o Apgar 1'. **Conclusão:** O fator de risco mais significante para a ocorrência de Apgar 1'<=3 foi o PN, quanto menor maior o risco, seguido de prematuridade e ausência de pré-natal. A freqüência ao pré-natal desde o início da gestação constitui uma estratégia que poderá reduzir esse risco, através da detecção e controle precoce de distúrbios e suas conseqüências.

Pôster 40 - RELAÇÃO DO APGAR COM MORTALIDADE NEONATAL NOS DIFERENTES GRUPOS DE PESO

JOSE RICARDO D BERTAGNON; CINTIA LECI RODRIGUES

Instituição: Coordenadoria de Saúde Capela do Socorro - SMS - **Cidade/UF:** SAO PAULO/SP

Introdução: A mortalidade neonatal é tanto maior quanto menor o peso ao nascer. É também relacionada à asfixia neonatal, que pode ser quantificada pela pontagem de Apgar, sendo considerada anoxia grave as notas menores do que 3 no primeiro minuto de vida. A associação entre a mortalidade e Apgar parece ser diferente nos diversos grupos de peso ao nascer, sendo que o cérebro do feto é tanto mais resistente à hipoxia, quanto menor a idade gestacional. **Objetivo:** Verificar se há diferente associação entre mortalidade e asfixia nos diversos grupos de peso ao nascer, em uma população de RN de determinada região. **Métodos:** Por meio da declaração de nascidos vivos (DNV), com dados compilados no banco de dados SINASC, identificou-se todos os RN do ano de 2005, com Apgar de primeiro minuto abaixo de 3 da região do estudo. Foram separados pelos grupos de peso ao nascer. Por meio da declaração de óbitos, com dados compilados no banco de dados SIM, foram identificados os RN que foram a óbito. Foram comparados nos diferentes grupos de peso, quanto a Apgar menor e maior do que 3 e mortalidade, pelo método de qui-quadrado para p<0,05. **Resultados:** Dos 10886 RN no local e ano de 2005, 111 tiveram Apgar menor do que 3, distribuídos em: 14, 7, 10, 13, 66 nos grupos de peso : <1000g (N=72), 1000-1499g (N=95), 1500-1999g (N=215), 2000-2499g (N=700) e 2500g ou mais (N=9804), respectivamente. Houve o seguinte numero de óbitos nos grupos citados: 46, 12, 15, 9, 24, respectivamente. Não foi encontrada associação entre mortalidade e Apgar abaixo de 3 nos RN com peso <1000g e 1000 a 1499 g (Qui-quadrado 0,43 e 0,93 respectivamente). Foi encontrada associação significativa entre essas variáveis nos outros grupos de peso, qual sejam: 1500-1999g: Qui-quadrado (Qq) 4,14 p= 0,04 RR= 4,23 (1,2-17,1), grupo 2000-2499g : Qq 20,75 p<0,001- RR 13,9 (3,6-54,15), grupo >2500g : Qq 146,2 p<0,001 - RR 33,4 (14,3-75,77). **Conclusão:** A asfixia tem maior associação com mortalidade neonatal conforme aumenta o peso do RN, traduzindo talvez maior dependência de oxigênio nos cérebros mais maduros.

Pôster 41 - DIFERENTES CURVAS DE CRESCIMENTO INTRA-UTERINO COMO DISCRIMINANTES DAS DIVERSAS PONTUAÇÕES DE APGAR.

JULIE SCHLESINGER; JOSE RICARDO D BERTAGNON; FLÁVIA RAVELLI; ANA BEATRIZ GRANDINI; KATIA ANDRIONI; MARISA GAZEL; CARLA FIGUEIREDO PRESTI; BRUNO MAGALHAES AVELAR.

Instituição: Faculdade de Medicina da UNISA - **Cidade/UF:** SAO PAULO/SP

Introdução: Através de curvas de crescimento intra-uterino, os neonatologistas podem classificar os recém-nascidos (RN), e identificar e antecipar prontamente problemas clínicos mais freqüentemente relacionados a uma determinada categoria, conforme estejam associados a um padrão. Os RN pequenos para idade gestacional (PIG) ou grandes para idade gestacional (GIG), classificados estatisticamente, costumam ter afecções próprias. Ambos estão sujeitos a hipóxia intra-uterina que se manifesta pela baixa pontuação do boletim de Apgar. **Objetivo:**

Verificar se os RN PIG, classificados pelas diferentes curvas de crescimento intra-uterino, apresentam maior prevalência de anóxia neonatal. Comparar esta associação entre as curvas de crescimento do Hospital Geral do Grajaú, de Denver e da Califórnia. **Métodos:** Estudo transversal, onde foram incluídos os dados relativos ao peso, à idade gestacional calculada pelo método de Capurro e ao boletim de Apgar de 1º minuto, entre janeiro de 2003 e março de 2006, totalizando 6529 RN. Foram excluídos os gemelares, aqueles com idade gestacional menor que 35 semanas ou maior que 42 semanas, aqueles em que havia alguma informação incorretamente preenchida (peso, IG ou Apgar). Foram separados pelos valores de Apgar de 1º minuto e segundo sua classificação de cada uma das três curvas utilizadas. Verificamos a associação entre as classificações e classes de Apgar (I: 0-2; II: 3-4; III: 5-6; IV: 7; e V: 8-10). Foi utilizado o teste de qui quadrado, considerando-se significativo o valor de $p < 0,0001$. Então foram estudadas as diferenças entre as distribuições de Apgar, por curvas, controlando pelas classificações (feitas condicionalmente pela variável de controle). **Resultados:** Foram contabilizados 69 recém-nascidos com Apgar 0, 1 ou 2 (classe I); 122 na classe II; 242 na classe III; 425 na classe IV; e 4444 na classe V. Estes foram separados segundo sua classificação pela curva do Grajaú, de Denver e da Califórnia (PIG, AIG e GIG). O teste resultou altamente significativo entre os RN PIG e as pontuações mais baixas de Apgar ($p < 0,0001$). Verificando-se o valor preditivo através das medidas de associação, vê-se a correlação de Spearman muito baixa e “Lambda assymmetric Column/Row” virtualmente nula. Quando analisadas as diferenças entre as três curvas, não pudemos evidenciar significância ($p = 0,69$). **Conclusão:** Há relação entre a classificação pelas curvas de crescimento intra-uterino dos recém-nascidos e suas respectivas notas de Apgar. Contudo, não há evidência de diferenças entre as curvas utilizadas para discriminar anóxia neonatal (pode-se agir como se as curvas fossem as mesmas, neste caso).

Pôster 42 - RELAÇÕES ENTRE ANOXIA NEONATAL E A HIPERTENSÃO ARTERIAL MATERNA REGISTRADA NA HORA DO PARTO E BAIXO PESO AO NASCER.

JOSE RICARDO D BERTAGNON; MARIA LUCIA G COSTACURTA; RENATA SUGIMOTO.

Instituição: Faculdade de Medicina da UNISA - Cidade/UF: SAO PAULO/SP

Introdução: A hipertensão arterial é causa de restrição de crescimento intra-uterino, prematuridade e sofrimento fetal. O sofrimento fetal pode ser diagnosticado pela má atividade do recém-nascido (RN) logo após o nascimento e a restrição de crescimento intra-uterino e prematuridade pelo diminuto peso ao nascer. A hipertensão arterial materna pode se associar a diferentes performances do RN traduzidas por diferentes pontuações de Apgar. **Objetivo:** Verificar as diferentes associações da hipertensão materna observada na hora do parto com diferentes pontuações de Apgar e a associação das pontuações de Apgar com baixo peso ao nascer. **Métodos:** Todos os partos ocorridos no Hospital Escola do estudo são registrados no livro de ocorrências do Centro Obstétrico. Por meio desses registros obteve-se no ano de 2005 o total de 1898 partos com RN vivos, e 41 com registro incompletos que foram excluídos do estudo. As mães foram consideradas com hipertensão arterial quando o nível sistólico foi maior do que 130 mmHg em duas medidas consecutivas, fora da contração uterina. Os RN foram categorizados conforme a pontuação de Apgar de primeiro minuto agrupada em 0 a 2, 3 e 4, 5 e 6, 7 e 8 ou mais. Foram feitas as comparações entre hipertensas e não hipertensas segundo as várias categorias de Apgar comparadas aos RN de Apgar 8 ou mais. Os RN foram comparados segundo fossem de baixo peso (<2500g) ou não, com as diversas categorias de Apgar descritas. Foi utilizado o método de Qui-quadrado para $p < 0,05$. **Resultados:** A prevalência de hipertensão foi de 15,56%. Encontrou-se associação positiva entre hipertensão e Apgar menor do que 3 (N=48) com Qui-quadrado (Qq) 48,01 $p < 0,001$ RR= 6,70 (3,71-12,4) e com Apgar 3 e 4 (N=55) Qq=10,7 $p < 0,001$ RR=2,06 (1,38-3,07). Não se encontrou associação positiva com Apgar 5-6 (N=101): Qq=2,3 $p = 0,12$, e com Apgar 7: Qq=1,04 $p = 0,3$. A prevalência de baixo peso foi de 16,12% (N=306). Encontrou-se associação positiva entre baixo peso e todas as categorias de Apgar menores do que 8 a 10: Apgar <3 (N=26) Qq= 51,82 $p < 0,001$ RR =3,67 (2,7-4,9); Apgar 3-4 (N=22) Qq =37,84 $p < 0,001$ RR= 3,35 (2,3-4,7); Apgar 5-6 (N=24) Qq =6,49 $p < 0,01$ RR=1,66 (1,14-2,42) e Apgar 7 (N=42) Qq= 15,31 $p < 0,009$ RR= 1,84 (1,3-2,47). **Conclusão:** A hipertensão materna observada na hora do parto pode servir como indicação de risco para o RN, sendo relacionada a notas de Apgar menores do que 5. A associação da pontuação de Apgar com baixo peso é maior quando as pontuações são baixas, mas o RN com pontuação 7 também tem mais chance de ser baixo peso do que com pontuação 8 ou mais.

Pôster 43 - PAPEL DA ASFIXIA PERINATAL NA MORBIMORTALIDADE NEONATAL EM RN \geq 34 SEMANAS.

GLAUCE REGINA FERNANDES; MIRIAM HASHIMOTO; MARIA REGINA BENTLIN; LIGIA MARIA SS RUGOLO; ANTONIO RUGOLO JR; SOLANGE RAMIREZ DAHER; CLEIDE ENOIR P TRINDADE; JOÃO CÉSAR LYRA; GRASIELA BOSSOLAN; GERALDO HENRIQUE SOARES; ADRIANA SAITO; ANA KARINA C DE LUCA.

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP - Cidade/UF: BOTUCATU/SP



Introdução: A despeito dos avanços das últimas décadas nos cuidados neonatais a asfixia continua sendo um problema freqüente e grave na assistência neonatal. **Objetivo:** Investigar a importância da asfixia perinatal como causa de internação em UTI Neonatal e de morbimortalidade em RN ≥ 34 semanas. **Métodos:** Estudo retrospectivo, caso controle, realizado em UTI Neo, no período de março de 2005 a março de 2006. Foram incluídos todos os RN ≥ 34 semanas encaminhados de outros serviços para nossa UTI nas primeiras 72 horas de vida. RN com malformações foram excluídos. O desfecho de interesse foi a presença de asfixia, caracterizada por: Apgar de 5º min ≤ 6 ou síndrome de aspiração de mecônio ou encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) ou síndrome hipóxico-isquêmica (SHI) definida por alterações clínico-laboratoriais no momento da admissão. As variáveis estudadas foram: peso de nascimento, idade gestacional, sexo, tipo de parto, Apgar de 1º min, tempo de permanência em UTI, uso de assistência ventilatória e óbito durante a internação. Realizada estatística descritiva e comparação entre os 2 grupos com teste t e qui-quadrado, com significância de 5%. **Resultados:** No período estudado ocorreram 327 internações na UTI Neo, sendo 116 RN provenientes de outros Serviços, dos quais 82 (71%) preencheram os critérios de inclusão e destes 25 (30%) foram excluídos. Dos 57 RN estudados, 29 (51%) internaram por asfixia e 28 (49%) por outras causas. A média do peso de nascimento e idade gestacional foi de 3000+/-600g e 37,7 +/- 2,5 sem; 67% eram masculinos, 44% nasceram por cesárea, 76% necessitaram de assistência ventilatória (53% ventilação mecânica e 23% CPAP nasal). As médias de Apgar de 1º e 5º min foram 5,4+/-3 e 7,2+/-5.0 tempo de internação foi de 9 +/- 8 dias. A mortalidade foi de 5,3% (3RN). Dentre os 29 RN asfíxicos, 48% (14RN) tiveram Apgar de 5º min ≤ 6 e 10 RN não tiveram assistência médica em sala de parto; 100% evoluíram com SHI (alterações de enzimas hepáticas, musculares, cardíacas e alt. renal); 69% (20 RN) com EHI sendo 80% graus II e III; 38% (11RN) com SAM. Comparando asfíxicos (29 RN) e não asfíxicos (28 RN), não houve diferença quanto ao peso de nascimento, idade gestacional, sexo e tipo de parto. Entretanto no grupo asfíxico houve diferença estatisticamente significativa quanto ao Apgar de 1º min (2,5 x 8, p<0,001), uso de assistência ventilatória (27% x 16%, p=0,004), tempo de internação (10 x 4 dias, p=0,026. A mortalidade foi semelhante nos 2 grupos. **Conclusão:** Asfixia foi a principal causa de internação de RN ≥ 34 semanas em UTI Neo, contribuindo para maior morbidade (SAM, EHI nas formas mais graves, necessidade de assistência ventilatória), aumentando o tempo de internação. O número de RN sem assistência médica em sala de parto foi alto. Estratégias que visem a melhoria no pré-natal e ao RN em sala de parto são necessárias para mudar esta realidade.

Pôster 44 - TREINAMENTO PARA AUXILIARES DA REANIMAÇÃO NEONATAL: EXPERIÊNCIA SATISFATÓRIA EM UM CENTRO TERCIÁRIO.

MARIA REGINA BENTLIN; MIRIAM HASHIMOTO; ALINE HELENA MARIN; ARLETE QUESSADA; LIGIA MARIA SUPPO SOU RUGOLO; ANTONIO RUGOLO JR; CLEIDE ENOIR P TRINDADE.

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - Cidade/UF: BOTUCATU/SP

Introdução: o treinamento dos profissionais que atuam na recepção do recém-nascido em sala de parto é fundamental para redução da asfixia e da morbimortalidade neonatal. O treinamento específico para auxiliares da reanimação iniciou no final de 2003 com programa desenvolvido pela SPSP e SBP. **Objetivo:** caracterizar o perfil dos profissionais que fizeram o curso para auxiliares da reanimação, e avaliar o seu desempenho e dificuldades. **Métodos:** estudo retrospectivo, de corte transversal, realizado em um centro Universitário, envolvendo todos os cursos de treinamento para auxiliares da reanimação, ministrados por instrutores credenciados, no período de novembro de 2003 a março de 2005. Foram selecionados todos os alunos que participaram dos Cursos e excluídos os que não completaram a carga horária de 8 horas. O Curso para auxiliar contempla 2 aulas teóricas e 5 práticas, iniciando com pré-teste e finalizando com o pós teste, de acordo com as Normas do Programa de Reanimação Neonatal da SPSP e SBP, de outubro de 2003. O desfecho estudado foi a aprovação ou não no curso, e as variáveis analisadas foram: profissão, sexo, acertos no pré e pós teste, porcentagem de erros em cada questão, segundo os temas das aulas, e avaliação do curso. Foi realizada análise descritiva e para a comparação do desempenho no pré e pós-teste foi utilizado o teste de Mc Nemars com significância estatística de 5%. **Resultados:** Foram ministrados 7 cursos, com 122 alunos inscritos e 121 aprovados, sendo 33 (27%) enfermeiros e 89 (73%) auxiliares ou técnicos de enfermagem. Todos, exceto dois, eram do sexo feminino (98%). Apenas 21 alunos (17%) tiveram nota > 70 no pré-teste, enquanto que no pós-teste esta porcentagem aumentou para 91% (111 alunos). No pré e no pós-teste a maior taxa de acertos ocorreu nas questões sobre medicações (70% no pré e 95% no pós) e a maior taxa de erros nas questões referentes à massagem cardíaca (52% no pré e 46% no pós). A questão com maior número de erros no pré-teste foi referente aos passos iniciais (95%) e no pós teste esta mesma questão manteve taxa de erro de 81%. Comparando pré e pós-teste, respectivamente, houve diminuição dos erros em todos os temas com as seguintes médias percentuais: geral: 44 ± 22 vs 19 ± 17, p<0,001; passos iniciais: 48 ± 25 vs 19 ± 21, p<0,001; VPP: 40 ± 20 vs 17,5 ± 8, p<0,001; massagem cardíaca 52 ± 13 vs 46 ± 1, p<0,001 e medicações 30 ± 12 x 5 ± 1,

$p < 0,001$. Todos os alunos tiveram desempenho $>70\%$ na avaliação prática. O curso foi avaliado como bom e ótimo por 100% dos alunos quanto a sua organização, atividades teóricas e práticas e 6% deles consideraram regular a duração do curso. **Conclusão:** A maioria dos alunos do Curso para auxiliares da reanimação eram técnicos ou auxiliares de enfermagem. Compatível com as funções por eles exercidas, o melhor desempenho ocorreu nas questões de medicações, e a maior dificuldade nas questões de massagem cardíaca. O resultado do treinamento para auxiliares foi bastante satisfatório tanto na aquisição de conhecimento teórico como no desempenho das atividades práticas.

Pôster 45 - APGAR E MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE ANTES E APÓS O TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM CENTRO PERINATAL TERCIÁRIO

LIGIA MSS RUGOLO; ARLETE QUESSADA; MIRIAM HASHIMOTO; ALINE H MARIN; GUIDA M CARDOSO; PRISCILA C RODRIGUES; ANDREA L GOUVEA; SOLANGE R DAHER; SASKIA MW FEKETE; LÉIA R RODRIGUES; CLEIDE EP TRINDADE.

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP - **Cidade/UF:** BOTUCATU/SP

Introdução: A assistência neonatal imediata pelo pediatra treinado em reanimação é fundamental para prevenir e/ou minimizar a asfixia, mas seu impacto na vitalidade ao nascer e na mortalidade neonatal precoce não está estabelecido. **Objetivo:** Analisar a distribuição dos valores de Apgar de 1, 5 e 10 minutos, e a mortalidade neonatal precoce, antes e após o treinamento formal dos pediatras em reanimação neonatal. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal em base populacional, em um centro perinatal de nível terciário, nos anos de 1994 (pré-treinamento), 1996 e 1997 (pós-treinamento). Foram selecionados todos os nascimentos ocorridos no período e excluídos os natimortos e os recém-nascidos com má-formações múltiplas. As variáveis: idade gestacional, peso de nascimento, necessidade de reanimação, notas de Apgar no 1º, 5º e 10º minutos de vida, óbitos em sala de parto e até 7 dias de vida, foram comparadas nos períodos pré e pós treinamento, utilizando-se o teste t de Student e o Qui-quadrado, com significância em 5%. **Resultados:** Foram estudados 1145 nascidos vivos sem má-formações em 1994 e 2473 nos anos de 1996-97. A comparação pré x pós-treinamento mostrou: aumento na realização de algum procedimento de reanimação neonatal de 22% para 43% ($p < 0,001$); aumento na proporção de prematuros entre 25-27 semanas (0,3% x 1,5%; $p = 0,002$) e na faixas de peso 500-749g (0,5% x 1,6%; $p = 0,009$) e 1000-1499g (1,7% x 2,9%; $p = 0,025$). Nascimentos de termo diminuíram de 81% para 75% ($p < 0,001$). A distribuição das notas de Apgar variou significativamente: no período pós-treinamento houve aumento no percentual de notas baixas (0-3) no 1º e 5º minutos e diminuição de notas 10 no 1º, 5º e 10º minutos. Apgar de 1º minuto entre 0-1 ocorreu em 0,9% (pré) e 2,7% pós-treinamento ($p < 0,001$). No 5º minuto houve 1,3% x 2,5% de Apgar menor ou igual a 6 ($p = 0,019$). Não houve diferença na mortalidade neonatal precoce (25 x 27/1000; $p = 0,856$). Nos 2 períodos a maioria dos óbitos ocorreram na sala de parto (67% x 59%; $p = 0,648$). **Conclusão:** Nos primeiros 2 anos pós-treinamento em reanimação neonatal houve mudança no perfil de nascimentos e nos valores de Apgar, aumento na necessidade de reanimação, sem alteração na mortalidade neonatal precoce; o que pode, em parte ser devido ao maior investimento do pediatra na reanimação de pequenos prematuros. Há necessidade de mais estudos para avaliar o impacto do programa de reanimação neonatal em curto e longo prazo.

Pôster 46 - PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

ANA BERENICE R CARVALHO; ANGELA SARA J BRITO; LÍGIA SILVANA L FERRARI; MARIA RAFAELA C GONZALEZ.

Instituição: Hospital Universitário de Londrina - UEL - **Cidade/UF:** LONDRINA/PR

Introdução: O atendimento de RNMBP ($<1500g$) requer presença na sala de parto de pessoal qualificado para realizar os procedimentos necessários de reanimação. No entanto, em nosso meio, os estudos publicados ainda são poucos, o que nos motivou a realizar esta pesquisa. **Objetivo:** Estudar os procedimentos de reanimação na sala de parto em recém-nascidos com peso menor ou igual a 1500g ao nascimento. **Métodos:** Estudo descritivo transversal realizado em hospital de ensino com maternidade de referência a gestação de alto risco. Os dados foram obtidos dos registros de nascimentos de janeiro de 2002 a dezembro de 2005 e analisados pelo programa EpiInfo (6.04d). Foram excluídos os RN com malformações letais e os óbitos que ocorreram na sala de parto. Consideraram-se os seguintes procedimentos: oxigênio inalatório, ventilação por balão e máscara, intubação traqueal, massagem cardíaca e administração de drogas. Não é rotina neste hospital a administração profilática de surfactante na sala de parto. **Resultados:** Foram estudados 332 RN, dos quais 280 (84,3%) com peso ao nascer entre 751-1500g e 52 (15,7%) menores que 751g. Do total 49,5% eram do sexo masculino e 50,5% do sexo feminino. Quanto a idade gestacional, 242 RN (73,1%) eram >27 semanas e 6 dias e 89 RN (26,9%) <28 semanas. O índice de cesariana foi de 57,1%. No primeiro minuto de vida 123 RN (37,2%) tiveram Apgar menor



ou igual a 3 e no quinto minuto 57 RN (17%) tiveram Apgar <6. Cento e onze RN (34,2%) tiveram escore CRIB >5 e 55 RN (16,9%) com CRIB >10. Dos 332 RN do estudo, 72,3% sobreviveram. Os procedimentos de reanimação em sala de parto foram: uso de oxigênio inalatório - 98,9%; ventilação com pressão positiva e máscara - 75,3%; intubação traqueal - 52,3%, sendo que nos menores que 1000g foi de 78,4%; massagem cardíaca - 11,8%; uso de adrenalina - 4,7%. **Conclusão:** por este estudo tivemos conhecimento das práticas de atendimento ao RNMBP em sala de parto realizadas em nosso meio e possibilidade de comparação com resultados de redes multicêntricas com o objetivo de aprimorar a qualidade do atendimento prestado aos prematuros.

Pôster 47 - PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA SALA DE PARTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.

DILMA VERAS; EDNA MARIA C CHAVES

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza - **Cidade/UF:** FORTALEZA/CE

Introdução: As condições de nascimento influenciam na adaptação e evolução da vida pós-natal, pois o organismo precisa fazer ajustes fisiológicos para garantir a continuidade da vida. O conhecimento do perfil desta clientela permite elaborar ações que otimize a assistência prestada. **Objetivo:** caracterizar o perfil dos Recém-nascidos (RN) atendidos na sala de parto (SP) de uma maternidade pública que atende gestantes de alto risco no município de Fortaleza - CE. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com vistas a caracterizar RN atendidos em SP de um centro obstétrico de maternidade que é referência para o atendimento a gestantes de alto risco. A amostra foi composta por 144 nascidos vivos no mês de setembro de 2003. Os dados foram colhidos de fichas previamente elaboradas e preenchidas dos prontuários dos RN. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da referida instituição. **Resultados:** Foram estudados 144 RN, 52% do sexo feminino e 48% do sexo masculino, nascidos 51% de parto normal, 2% de parto à fórceps e 47% de parto cesárea. Em relação ao peso de nascimento, 72% tiveram peso maior que 2.500g, 18% entre 1500 e 2500g, 9,3% entre 1000 e 1500g e 1,3% menor que 1000g. A idade gestacional foi 69% na faixa de 37 a 41 semanas (s), 2,4% menor que 37s e 1,3% maior que 41s. No 1º minuto de vida, 84% apresentaram um apgar maior ou igual a 7, 12,5% um apgar entre 4 e 6 e 3,5% menor ou igual a 3. Em relação ao 5º minuto, 94,5% atingiram um apgar maior ou igual a 7, em 3,5% foi de 4 a 6 e em 2%, menor ou igual a 3. Destes RN, 54% não necessitaram de nenhuma manobra de reanimação, enquanto em 46% foi realizada alguma manobra de reanimação logo após o nascimento. Com exceção de 1 RN, todos foram assistidos por profissional médico na SP. Até o 7º dia de vida 79% receberam alta hospitalar, 17,8% permaneciam hospitalizados e 1,3% teve óbito. **Conclusão:** A qualidade na assistência prestada em sala de parto, pode favorecer um melhor prognóstico. O único RN não assistido por profissional médico foi decorrente de parto em período expulso ocorrido no setor de emergência da instituição.

Pôster 48 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO.

DILMA VERAS; SILVANA SILTON TORRES.

Instituição: Hospital Geral de Fortaleza - **Cidade/UF:** FORTALEZA/CE

Introdução: Com a melhoria da assistência em sala de parto, o recém-nascido passou a ser assistido por profissionais de saúde capacitados que conduzem a reanimação neonatal de uma forma bem sucedida. **Objetivo:** avaliar a assistência prestada aos Recém-Nascidos (RN) atendidos em sala de parto, que necessitaram de manobras de reanimação em uma maternidade pública que é referência no atendimento a gestantes de alto risco. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo, retrospectivo, com vistas a avaliar RN submetidos a manobras de reanimação em sala de parto (SP), de um hospital da rede pública no município de Fortaleza - CE. A população foi composta por 144 nascidos vivos. A amostra foi composta por 69 nascidos vivos no mês de setembro de 2003, que necessitaram de alguma manobra de reanimação em SP. Os dados foram colhidos dos prontuários, em fichas previamente elaboradas e preenchidas pelo pesquisador. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da referida instituição. **Resultados:** A média das variáveis do estudo tais como peso de nascimento dos RN foi 2404,5g e idade gestacional 34 semanas. Em relação ao apgar, no 1º minuto encontramos em 47 RN (68%) valores maiores ou iguais a 7; em 17(25%) valores de 4 à 6 e em 5 (7%) menores ou iguais a 3. No 5º minuto, em 60 RN (87%) foram maiores ou iguais a 7; em 5 (7%) entre 4 e 6 e em 3 (6%) menores ou iguais a 3. Em relação aos procedimentos de reanimação, 41 RN (59,4%) receberam somente O inalatório, 25 (36%) receberam Ventilação com Pressão Positiva com Ambu, máscara e O a 100%, 6 (8,7%) receberam Massagem Cardíaca (MC), 4 (5,8%) receberam medicação. 18 RN (26%) foram intubados, sendo que em 4 a indicação foi prematuridade extrema e em 14 necessidade de reanimação. **Conclusão:** A assistência em sala de parto, quando bem conduzida possibilita melhorar o prognóstico dos RN submetidos a insulto asfíxico, com manobras simples, minimizando procedimentos mais agressivos como MC, intubação e uso de drogas.

Pôster 49 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA A RECÉM-NASCIDOS EM SALA DE PARTO COM PESO MENOR DO QUE 1.500g.**SILVANA SILTON TORRES; DILMA VERAS; EDNA MARIA C CHAVES; NÁDIA MARIA GS ALMEIDA; ALVARO J. MADEIRO LEITE.****Instituição:** Hospital Geral de Fortaleza - **Cidade/UF:** FORTALEZA/CE

Introdução: A assistência em sala de parto é fundamental para assegurar uma qualidade de vida aos recém-nascidos prematuros. **Objetivo:** analisar a assistência prestada aos recém-nascidos prematuros em uma maternidade pública do município de Fortaleza. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo, realizado no período de 01 de novembro de 2001 a 10 de outubro de 2002, em todos os recém-nascidos vivos com peso menor do que 1.500g nascidos em um centro obstétrico que é referência para alto risco. Os dados foram coletados através de um formulário adaptado da rede Vermont Oxford. Os dados foram analisados através de frequência percentual e absoluta. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. **Resultados:** Participaram do estudo 111 recém-nascidos, sendo 57,7% do sexo masculino e 42,3% feminino. A faixa de peso com maior frequência foi entre 1251 - 1500g com 40,5%. Em relação à assistência na sala de parto, apenas 96 recém-nascidos foram analisados, pois os demais não continham todas as informações necessárias. O oxigênio inalatório foi utilizado inicialmente em 91,7%, seguido de 66,3% que necessitaram de ventilação por máscara. Destes 62,5% foram intubados 17,7% necessitaram de massagem cardíaca e 7,3% receberam adrenalina. **Conclusão:** A utilização de forma adequada e oportuna de práticas clínicas em sala de parto contribui para melhoria da assistência uma vez que as manobras de reanimação ocorrem de uma forma freqüente no cotidiano.

Pôster 50 - NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO ASSOCIADA A FATORES DE RISCO PERINATAIS EM MATERNIDADE TERCIÁRIA.**ANA NERY M CAVALCANTE; MARIA WILLZNI S RIOS; ROBÉRIO DIAS LEITE; LUCIENE DIAS LIMA; BÁRBARA SCHYNNIDEV V TEIXEIRA; LUIZ CARLOS B DE SOUZA; MARIA SIDNEUMA M VENTURA.****Instituição:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC - **Cidade/UF:** FORTALEZA/CE

Introdução: A assistência adequada ao recém-nascido na sala de parto é fundamental para prevenir o aparecimento de lesões asfíxicas que levam ao aumento da mortalidade neonatal e à presença de seqüelas neurológicas. Quanto menor a idade gestacional ou o peso ao nascer, maior o risco de ocorrerem problemas durante o período periparto e asfíxia neonatal. Estima-se que 70% dos neonatos com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas apresentam asfíxia perinatal. Nesse contexto, o presente estudo visou identificar fatores de risco associados à ocorrência de asfíxia perinatal e óbito neonatal precoce em nossa realidade, e que permitisse aferir a magnitude do problema e as principais causas relacionadas, com a finalidade de melhoria na assistência perinatal. **Objetivo:** Avaliar a necessidade de assistência em sala de parto dos recém-nascidos em maternidade de referência. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, descritivo, de caráter quantitativo. Estudo epidemiológico observacional com coletas de dados transversais de todos os recém-nascidos de uma maternidade terciária no período de 01 a 31 de maio de 2006. Foi utilizado o pacote estatístico Epi-Info, versão 6.0. **Resultados:** Foram incluídos na amostra 451 recém-nascidos onde 48,4% feminino e 51,6% masculino e quanto ao tipo de parto: 44,95% vaginal, 54,2% cesariano, 0,9% fórceps. Malformações congênitas foram identificadas em 3,4% da amostra. Foram distribuídos 444 recém-nascidos quanto ao peso de nascimento <500g - 1,4%, entre 500 e 1499g - 3,1%, entre 1500 e 2499g - 13,5% e ≥2500g - 82%. Condição de vitalidade ao nascer: anoxia grave 3,3%, moderada 10,9% no índice de Apgar do 1º minuto. Sendo que 2,3% dos RN estudados evoluíram asfíxico com índice de Apgar ≤5 no 5º minuto. Foram reanimados 28,6% dos RN e destes, segundo as manobras de reanimação, 63,5% necessitaram de O2 inalatório, 19,4% VPP, 14,4% intubação traqueal e 2,3% massagem cardíaca e drogas. Apenas 2 (0,44%) dos RN em estudo foram a óbito precoce. **Conclusão:** Os resultados obtidos reforçam a importância da reanimação neonatal em sala de parto para a redução da morbimortalidade perinatal.

Pôster 51 - FATORES DE RISCO PERINATAIS ASSOCIADOS À ASFIXIA EM SALA DE PARTO.**MARIA WILLZNI S RIOS; ROBERIO DIAS LEITE; GUILHERME BESSA DE O JUN.****Instituição:** Maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC - **Cidade/UF:** FORTALEZA/CE

Introdução: A assistência adequada ao recém-nascido na sala de parto é fundamental para prevenir o aparecimento de lesões asfíxicas que levam ao aumento da mortalidade neonatal e à presença de seqüelas neurológicas. Quanto menor a idade gestacional ou o peso ao nascer, maior o risco de ocorrerem problemas durante o período periparto e asfíxia neonatal. Estima-se que 70% dos neonatos com peso ao nascer inferior a 1.500 gramas apresentam asfíxia perinatal. Nesse contexto, o presente estudo visou identificar fatores de risco associados à ocorrência de asfíxia perinatal e óbito neonatal precoce em nossa realidade, que permitam aferir a magnitude do



problema e as principais causas relacionadas, possibilitando a tomada de decisões no intuito de melhorar a assistência perinatal. **Objetivo:** Identificar fatores de risco perinatais associados à ocorrência de asfixia em sala de parto e óbito neonatal precoce. **Métodos:** Estudo transversal, prospectivo, descritivo, de caráter quantitativo. Estudo epidemiológico observacional com coletas de dados transversais de todos os RN de uma maternidade terciária no período de 01 a 30 de maio de 2006. Foi utilizado o pacote estatístico Epi-Info, versão 6.0. **Resultados:** Foram incluídos na amostra de 451 recém-nascidos onde 48,4% feminino e 51,6% masculino. Malformações congênitas foram identificadas em 3,4%. De 444 RN distribuiu-se quanto ao peso de nascimento <500g 1,4%, entre 500 e 1499g 3,1%, entre 1500 e 2499g 13,5% e ≥2500g 82%. Condição de vitalidade ao nascer: anoxia grave 3,3%, moderada 10,9% no índice de Apgar do 1º minuto. 2,3% dos RN estudados evoluíram com asfixia no índice de Apgar 5º minuto.

Pôster 52 - PROPOSTA DE NOVA FIXAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL.

MESSIAS SILVA; NORBERTO MACHADO.

Instituição: Hospital Mater Dei - **Cidade/UF:** BELO HORIZONTE/MG

Alguns recém nascidos que são reanimados em sala de parto necessitarão ser intubados. Parte destes, posteriormente, serão transferidos para unidades de cuidados intensivos. No processo de fixação do tubo endotraqueal, muito tempo é dispensado nos cuidados para mantê-los em posição estável na traquéia destes pacientes. Nos métodos atuais, estes cuidados não são suficiente para assegurar e garantir que não haverá extubação acidental durante este transporte. Pretende-se, com a ajuda do novo método aqui proposto, conseguir rapidez e segurança na etapa de transporte, garantindo assim, mais agilidade na transferência de recém-nascidos para as unidades de cuidados intensivos.

Pôster 53 - DISPOSITIVO ALTERNATIVO PARA ASPIRAR MECÔNIO.

MESSIAS SILVA.

Instituição: Hospital Municipal Odilon Behrens - **Cidade/UF:** BELO HORIZONTE/MG

O dispositivo para aspiração de mecônio que utilizamos durante os cursos do NALS, é uma grande novidade para os alunos de regiões mais pobres. Muitos destes alunos não entendem a necessidade de se usar a ferramenta adequada e até desanimam a realizar o procedimento de forma correta. O objetivo de se desenvolver uma ferramenta alternativa que possa atender de maneira idêntica ao dispositivo oficial é torná-la mais acessível para todos, não importa onde estejam.

Pôster 54 - UMA MELHORIA RAZOÁVEL PARA RECEBER RECÉM-NASCIDOS.

MESSIAS SILVA.

Instituição: Em um Hospital sem recurso de Interior - **Cidade/UF:** BELO HORIZONTE/MG

Através de fotos antigas, antes mesmo de me tornar instrutor do NALS, busquei retratar de forma modesta uma fase de minha carreira, quando não dispo de recursos e com improvisações simples, consegui receber um recém-nascido em condições bem mais próximas do ideal. Antes, eles eram recebidos dentro de uma banheira de plástico forrada com campo, sem nenhuma preocupação em secar, aspirar, posicionar. Depois, eram levados para o berçário onde recebiam cuidados de rotina. Isso não era atendimento ao recém-nascido em sala de parto.

NOTA TÉCNICA

OS RESUMOS COMPONENTES DESTA VOLUME FORAM ORIGINALMENTE SUBMETIDOS EM FORMATO ELETRÔNICO ATÉ A DATA LIMITE PRÉ-ESTABELECIDO. EVENTUAIS DEFEITOS DE REVISÃO DE ORTOGRAFIA E/OU DIGITAÇÃO DOS TEXTOS DOS RESUMOS É DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.



ÍNDICE REMISSIVO DOS AUTORES DOS TEMAS LIVRES

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Obs: Os nomes presentes na relação foram reproduzidos exatamente conforme foram inseridos pelos autores, portanto, repetições e eventuais erros são de responsabilidade dos mesmos.

Nome	Painel	Nome	Painel
ABENSUR, DAC	01	CAVALHEIRO, S	04
AGUIAR, CR	18; 19; 20; 21; 22	CECCON, MEJ	08
ALFAIA, APB	15	CHAVES, EMC	47; 49
ALMEIDA, MFB	03; 04; 11; 12; 13; 14; 18; 19; 20; 21; 22; 31; 32; 35; 36; 37	CIANCIARULLO, MA	18; 19; 20; 21; 22
ALMEIDA, NMGS	49	CINTRA, ACP	01
ALMEIDA, SR	15	COSTA, AJC	01
ALVES, MJ	24	COSTA, FML	06
AMARO, ER	31; 32; 35	COSTA, HPF	14; 31; 32
AMORIM, MC	16	COSTA, MTZ	18; 19; 20; 21; 22
ANCHIETA, LM	11; 12; 13; 14	COSTACURTA, MLG	42
ANDRIONI, K	41	DA COSTA, JO	11; 12; 13; 14
ANECHINI, JC	30	DA SILVA, SAB	03; 04
ARAUJO, BF	10	DAHER, SR	43; 45
ARRAIS, NMR	24; 26	DARIPA, M	36; 37
AVELAR, BM	41	DE LUCA, AKC	43
AYRES, SS	33	DE MELLO, FB	31; 32
BARBOSA, RF	09; 14	DE OLIVEIRA JUN, GB	51
BEDANTE, L	08	DE OLIVEIRA, DMP	35
BENTLIN, MR	18; 19; 20; 21; 22; 43; 44	DE OLIVEIRA, SRP	32
BERTAGNON, JRD	40; 41; 42	DE SOUZA, LCB	50
BOSSOLAN, G	43	DEL BEN, GL	33
BRITO, ASJ	46	DI GIOVANI, CM	31
BROCK, R	06	DO NASCIMENTO, SD	32
BUCHALLA, MA	15	DOS SANTOS, AMN	03; 04
CABRAL, JEB	33	DOS SANTOS, RMV	14
CALDAS, HMG	36; 37	EIZEMBAUM, ND	01
CANCELIER, ACL	23	ESPIRIDIÃO, S	06
CARDOSO, GM	45	FAGUNDES FILHO, PO	10
CARLOTTI, APP	07	FALCÃO, AR	24
CARVALHO, ABR	46	FALCÃO, MC	34
CAVALCANTE, ANM	50	FARIA, MR	01
CAVALCANTI, CM	01	FEKETE, SM	45
		FERLIN, MLS	07; 18; 19; 20; 21; 22
		FERNANDES, APS	01

Nome	Painel
FERNANDES, GR	43
FERRARI, LSL	46
FERREIRA, EB	33
FERREIRA, LCB	33
FIGUEIREDO, EAN	14
FIGUEIREDO, NP	15
FLORES, LPO	36; 37
FREIRE, LMS	11; 12; 13
GAZEL, M	41
GENESTRA, M	27
GIANELO, SFÁ	06
GIOLO, C	08
GONZALEZ, MRC	46
GOULART, EMA	09
GOUVEA, AL	45
GRANDINI, AB	41
GUINSBURG, R	03; 04; 11; 12; 13; 14; 18; 19; 20; 21; 22; 35; 36; 37
HÄDRICH, AZ	23
HASHIMOTO, M	43; 44; 45
HENKE, CN	10
HERMONT, SMC	14
HOLANDA, MRR	24; 25; 26
HOLLANDA, LE	15
HOLZER, S	18; 19; 20; 21; 22
JIJUHAHUA, PE	01
JORDANI, MS	36; 37
KAWAKAMI, SH	02
KONSTANTYNER, T	02
LEITE, AJM	49
LEITE, RD	50; 51
LEONE, CR	38; 39
LIMA, EV	35
LIMA, LD	50
LYRA, JC	43
MACHADO, APC	18; 19; 20; 21; 22

Nome	Painel
MACHADO, MB	18; 19; 21; 22
MACHADO, MGP	14
MACHADO, MR	20
MACHADO, N	52
MADI, JM	10
MAIA, CRS	26;24
MARANHÃO, HS	26
MARBA, STM	05; 14; 18; 19; 20; 21; 22
MARIN, AH	44; 45
MARQUES, VC	30
MARTINEZ, FE	07
MELO, NA	25
MEYGE, AMS	14
MIYOSHI, MH	03; 04; 31
MORAIS, MM	18; 19; 20; 21; 22
MORETTO, M	06
MORON, AF	03; 04
MWAMAKAMBA, LW	01
MWAMAKAMBA, MABS	01
NEGRÃO, AS	01
NOGUEIRA, MB	01
ONOFRE, LS	03
OSHIRO, CG	18; 19; 20; 21; 22
PACHI, PR	18; 19; 20; 21; 22
PARADELLA, RMB	33
PATERLINI, AC	30
PEREIRA, AL	28; 29; 30
PEREIRA, KC	30
PEREIRA, LDC	14
PEREIRA, ME	14
PESQUISADORES, PRN-SBP	11; 12; 13
PINHEIRO, MSB	02
PINHEIRO, RS	14; 15
PINHO, MR	01
PINTO, FHT	23
PINTO, FLS	35

II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

17 a 19 de agosto de 2006
Blue Tree Convention Ibirapuera
São Paulo – SP

Nome	Painel
PINUS, J	03
PIRES, MM	01
PRESTES, ACY	03; 04
PRESTI, CF	41
QUESSADA, A	44; 45
RAVELLI, F	41
REGO, JD	14
REIS, ME	31; 32
RESENDE, JG	16; 17
RIBEIRO, VLM	05
RICARDO, MAS	16; 17
RIOS, MWS	50, 51
RODRIGUES, CL	40
RODRIGUES, LR	45
RODRIGUES, PC	45
ROMBALDI, RL	10
ROSA, IRM	05
ROSSI, C	03; 04; 18; 19; 20; 21; 22
ROSSI, M	02
RUGOLO JR, A	18; 19; 20; 21; 22; 43; 44
RUGOLO, LMSS	18; 19; 20; 21; 22; 43; 44; 45
RUSSI, A	01
SABBAG, RCA	01
SADECK, LSR	18; 19; 20; 21; 22; 38; 39
SAITO, A	43
SAKAE, PO	18; 19; 20; 21; 22
SALLES, EA	14
SANAZAR, JC	01
SANCHO, GA	03; 04
SANTOS, AAC	01
SANTOS, CC	01
SANTOS, D	10

Nome	Painel
SANTOS, EMA	15
SANTOS, JÁ	01
SANTOS, RMV	24; 26
SARAIVA, MÂ	35
SCHLESINGER, J	41
SILVA, JN	06
SILVA, M	52; 53; 54
SILVA, MG	18; 19; 20; 21; 22
SIMÕES, VMF	14
SOARES, GH	43
SONNEWEND, JPA	18; 19; 20; 21; 22
SOUZA, AC	01
SUGIMOTO, R	42
SUZUKI, EK	18; 19; 20; 21; 22
TAGUCHI, MR	33
TAVARES, WR	35
TEIXEIR, BSV	50
TIBANA, MBL	01
TORRES, MVN	27
TORRES, SS	48; 49
TRINDADE, CEP	43; 44; 45
TSING YU, CL	08
VAZ, FAC	08
VENTURA, MSM	50
VERAS, D	47; 48; 49
WALDVOGEL, B	36; 37
YAO, GM	38; 39
YOSHIMOTO, CE	08
ZACONETA, CAM	16; 17
ZATTI, H	10
ZIMMERMAN, F	18; 19; 20; 21; 22
ZORZANELLI, KM	28; 29
ZUCOLLOTTO, F	31

PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL



Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

Rua Padre Rolim, 123, sala 301 – Belo Horizonte – MG

Telefone: (31) 3241-1128

e-mail: reanimacao@sbp.com.br



Sociedade Brasileira de Pediatria

Rua Santa Clara, 292
Rio de Janeiro – RJ
Telefone: (21) 2548-1999
www.sbp.com.br



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Al. Santos, 211 - Conjs. 501, 502, 511 e 512
Cerqueira César – São Paulo – SP
Telefones: (11) 3284-9809 - 3284-0308
www.spsp.org.br

Secretaria Executiva

MEETING

Meeting Planejamento e Organização de Eventos

Caixa Postal 19232 – CEP 04505-970 – São Paulo – SP
Telefones: (11) 3849-8263 ou 3849-0379 / Fax: (11) 3845-6818
www.meetingeventos.com.br – info@meetingeventos.com.br