

III SIMPÓSIO INTERNACIONAL  
DE REANIMAÇÃO NEONATAL



PROGRAMA E ANAIS

**27 A 29 DE  
AGOSTO  
DE 2009**  
WINDSOR BARRA HOTEL

*Rio de Janeiro*

[www.simposioreanimacao2009.com.br](http://www.simposioreanimacao2009.com.br)

*A assistência ao recém-nascido nunca foi tão prioritária quanto nos dias de hoje. Seja pela importância da mortalidade infantil que se concentra nesta fase de vida, seja pelo caráter decisivo dos cuidados prestados ao ser humano nos primeiros momentos de sua existência, garantia de crescimento e desenvolvimento normais. Os conhecimentos científicos avançam em ritmo acelerado no campo neonatologia. Compõem as bases sólidas para a atuação pediátrica fundada em evidências capazes de prover condições de vida cada vez mais seguras ao neonato.*

*A neonatologia brasileira alcançou níveis elevados de produção científica aliada ao avanço tecnológico indispensável à demanda de alta complexidade que a especificidade dessa área de atuação requer. A reanimação neonatal passou a ocupar lugar de destaque na formação do pediatra, qualificando-o para prestar a assistência apropriada à fase crítica da vida de recém-nascidos expostos aos mais diversos agravos à saúde perinatal. A SBP adquiriu grande experiência neste domínio de conhecimento, mercê de estratégias de grande alcance implantadas para promover cursos de reanimação neonatal em todo o País.*

*O III Simpósio de Reanimação Neonatal é mais um evento relevante da pediatria brasileira, fortemente comprometida com os campos prioritários de atuação voltados para a saúde da infância e da adolescência. O Simpósio congrega professores brasileiros e estrangeiros de reconhecida capacidade. Os temas cobrem as questões mais momentosas da reanimação neonatal, ensejando aos pediatras o acesso dinâmico e interativo à atualização científica que promove qualidade do desempenho profissional em neonatologia. O evento acontece na Cidade Maravilhosa, em parceria com a SOPERJ, nossa atuante filiada do Rio de Janeiro. Uma oportunidade valiosa para unir o útil ao agradável na cidade síntese de beleza, calor humano, simplicidade e riqueza cultural do povo brasileiro.*

*Bem Vindos ao Rio de Janeiro.  
Um abraço cordial,*

*Dioclécio Campos Júnior  
Presidente da SBP*

*Caros Colegas:*

*Em 2009, O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria completa 15 anos de atividades com mais de 40.000 treinados e, para comemorar, organizamos o III Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal.*

*O programa do simpósio está abrangente, conta com 3 convidados internacionais e 27 professores nacionais. O Simpósio aborda desde a colaboração internacional dos programas de reanimação, as repercussões da asfixia neonatal, até o manejo ventilatório de prematuros. Vamos discutir quando o recém nascido se torna lactente e rever as principais controvérsias sobre reanimação neonatal.*

*No evento serão abordados ainda temas relativos a: mortalidade por asfixia perinatal no Brasil, desafios do ensino da reanimação neonatal, manutenção da temperatura na primeira hora de vida, controvérsias quanto aos métodos de ventilação e suporte hemodinâmico durante a reanimação, além dos dilemas éticos.*

*Sejam bem vindos ao Rio de Janeiro para, em conjunto com a comunidade internacional, reunirmos conhecimento com a finalidade de contribuir na redução da mortalidade neonatal precoce em nosso país.*

*José Maria de Andrade Lopes  
Presidente do Simpósio*

**PRESIDENTE DA SBP**

**Dioclécio Campos Junior**

**PRESIDENTE DA SOPERJ**

**Maria de Fátima Goulart Coutinho**

**COMISSÃO ORGANIZADORA**

*Diretor de Cursos e Eventos da SBP*

**Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)**

*Presidente do Simpósio*

**José Maria de Andrade Lopes (RJ)**

*Secretário Geral do Simpósio*

**José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**

*Primeiro Secretário do Simpósio*

**Edson Ferreira Liberal (RJ)**

*Segundo Secretário do Simpósio*

**Silviano Figueira de Cerqueira (RJ)**

*Tesouraria*

**Fundação SBP**

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

*Presidência*

**Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)**

**Ruth Guinsburg (SP)**

*Vice-Presidência*

**José Dias Rego (RJ)**

**Antonio Carlos de Almeida Melo (RJ)**

*Membros*

**Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira (MG)**

**José Orleans da Costa (MG)**

**Lêni Márcia Anchieta (MG)**

**Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**

**Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)**

**COMISSÃO DE TEMAS LIVRES**

*Presidência*

**Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)**

*Vice-Presidência*

**Lígia Maria Suppo de Sousa Rugolo (SP)**

*Membros*

**Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)**

**Leila Denise Cesário Pereira (SC)**

**Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**

**Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

**GRUPO EXECUTIVO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP**

*Coordenação Geral*

**Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)**

**Ruth Guinsburg (SP)**

*Coordenação Executiva*

**Lêni Márcia Anchieta (MG)**

**Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira (MG)**

*Membros*

**Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)**

**José Dias Rego (RJ)**

**José Maria de Andrade Lopes (RJ)**

**José Orleans da Costa (MG)**

**José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**

**Leila Denise Cesário Pereira (SC)**

**Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)**

**Lígia Maria Suppo de Sousa Rugolo (SP)**

**Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**

**Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)**

**Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**

**Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

## NORTE

Acre  
Amapá  
Amazonas  
Pará  
Rondônia  
Roraima  
Tocantins

### Coordenador Estadual

Ana Isabel Coelho Monteiro  
Maribel Nazaré dos Santos S. Neves  
Sônia Maria Rego de Almeida  
Elaine Augusta das Neves Figueiredo  
Daniel Pires de Carvalho  
Celeste Maria Teodoro V. Wanderley  
Hélio Hermenegildo Marques Maués

### Coordenador Adjunto

Joseneide Maria Feitosa Oliveira  
Rosilene Lopes Trindade  
Nádia Maria Pires de Figueiredo  
Leila Haber Feijó  
Alberto Souza Castroviejo  
Marilza Bezerra Martins  
Paulo César Carneiro Tavares

## NORDESTE

Alagoas  
Bahia  
Ceará  
Maranhão  
Paraíba  
Pernambuco  
Piauí  
R. G. do Norte  
Sergipe

Cláudio Fernando Rodrigues Soriano  
Tatiana Ribeiro Maciel  
Maria Sidneuma Melo Ventura  
Marynea do Vale Nunes  
Shamyra Lewis Saad Rached  
Gilene Maria Wanderley da Cunha  
Mariza Fortes Cerqueira P. da Silva  
Rosa Maria Vaz dos Santos  
Débora Cristina Fontes Leite

Junko Asakura Bezerra de Oliveira  
Suely Oliveira Ribeiro  
Mônica Maria G. Teixeira Sales  
Patrícia Franco Marques  
Waldeneide F. de Azevedo  
Danielle Cintra Bezerra Brandão  
Isabel Marlúcia L. M. de Almeida  
Cláudia Rodrigues Souza Maia  
Andréa Andrade C. Menezes

## SUDESTE

Espírito Santo  
Minas Gerais  
Rio de Janeiro  
São Paulo

Andréa Lube Antunes de S. T. Pereira  
Lêni Márcia Anchieta  
José Dias Rego  
Helenilce de Paula Fiod Costa

Rosa Maria A. Sá C. Albuquerque  
Adrienne Mary L. Sette e Oliveira  
Antonio Carlos de Almeida Melo  
Claudia Tanuri

## SUL

Paraná  
Rio G. do Sul  
S. Catarina

Marcos Parolim Ceccatto  
Ignozy Dorneles Jornada Junior  
Marta do Nascimento F. Goldschmidt

Gislayne C. de Souza de Nieto  
Eduardo Jaeger  
Marcelo Fernando do Nascimento

## CENTRO-OESTE

D. Federal  
Goiás  
Mato Grosso  
Mato G. do Sul

Marcelo Ruperto Souza das Chagas  
Maria Bárbara Franco Gomes  
Elibene de Almeida Orro Junqueira  
Carmen Silvia M. de Figueiredo

Ana Maria de Souza Xavier Pereira  
Antonio Rubens Alvarenga  
Maria de Fátima de C. Ferreira  
Walter Jeffery Neto

**CONVIDADOS INTERNACIONAIS**

**Benjamin J. Benson**

The University of Edinburgh, UK  
Member of the Neonatal Task Force  
- International Liasion  
Committee on Neonatal Resuscitation

**Jay P. Goldsmith**

Tulane University School of Medicine, USA  
Member of the Neonatal Task Force  
- International Liasion  
Committee on Neonatal Resuscitation

**Vinay M. Nadkarni**

University of Pennsylvania School of Medicine, USA  
Co-chair: Evidence Evaluation Conference 2010  
- International Liasion  
Committee on Neonatal Resuscitation

**CONVIDADOS NACIONAIS**

**Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)**  
**Amélia Gorete Afonso da Costa Reis (SP)**  
**Antonio Carlos de Almeida Melo (RJ)**  
**Dioclécio Campos Júnior (DF)**  
**Elsa Regina Justo Giugliani (DF)**  
**Ércio Amaro de Oliveira Filho (RS)**  
**Francisco Eulógio Martinez (SP)**  
**José Dias Rego (RJ)**  
**José Maria de Andrade Lopes (RJ)**  
**José Orleans da Costa (MG)**  
**José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**  
**Leila Denise Cesário Pereira (SC)**  
**Lêni Márcia Anchieta (MG)**  
**Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)**  
**Lígia Maria Suppo de Sousa Rugolo (SP)**  
**Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)**  
**Maria de Fátima Goulart Coutinho (RJ)**  
**Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)**  
**Milton Harumi Miyoshi (SP)**  
**Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**  
**Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RS)**  
**Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)**  
**Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**  
**Ruth Guinsburg (SP)**  
**Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

07h30   08h15	Retirada de material	
08h15   09h00	Abertura	Dioclécio Campos Jr. (DF) Maria de Fátima G. Coutinho (RJ) José Maria de A. Lopes (RJ) Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS) Elsa R. J. Giugliani (DF)
09h00   10h00	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>Reanimação neonatal: intercâmbio internacional e o avanço da ciência e da prática</i>	Vinay M Nadkarni (EUA)
	Presidente	Luis Eduardo V. Miranda (RJ)
10h00   10h30	Intervalo	
10h30   11h15	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>Mortalidade neonatal associada à asfixia perinatal no Brasil: situação atual e desafios</i>	Maria Fernanda B. de Almeida (SP)
	Presidente	Antonio Carlos de A. Melo (RJ)
11h15   12h00	<b>COLÓQUIO</b> <i>Mortalidade neonatal e asfixia perinatal no Brasil e no mundo</i>	Vinay M. Nadkarni (EUA) Maria Fernanda B. de Almeida (SP) Elsa R. J. Giugliani (DF)
	Coordenadores	Paulo de Jesus H. Nader (RS) Rosa M. Vaz dos Santos (RN)
12h00   14h00	Almoço	
14h00   15h30	<b>MESA REDONDA</b> <i>Controvérsias no manejo ventilatório do prematuro de muito baixo peso</i>	
	Coordenador	José Maria de A. Lopes (RJ)
14h00   14h30	A lesão pulmonar começa na sala de parto?	Milton H. Miyoshi (SP)
14h30   15h00	A ventilação deve ser iniciada com oxigênio a 40%?	Jay P. Goldsmith (EUA)
15h00   15h30	Há evidências do benefício do uso do CPAP em sala de parto?	Benjamin J. Stenson (UK)
15h30   16h00	Intervalo	
16h00   17h00	<b>COLÓQUIO</b> <i>Controvérsias no manejo ventilatório do prematuro de muito baixo peso</i>	Milton H. Miyoshi (SP) Jay P. Goldsmith (EUA) Benjamin J. Stenson (UK)
	Coordenadores	José Maria de Andrade Lopes (RJ) Francisco E. Martinez (SP)
17h00   18h30	Reunião dos Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da SBP   Parte 1	Grupo Executivo do PRN-SBP

<b>08h30   09h15</b>	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>Reanimar segundo o PRN ou o PALS: quando o recém-nascido se torna lactente?</i>	Vinay M. Nadkarni (EUA)
	Presidente	Paulo Roberto A. Carvalho (RS)
<b>09h15   10h00</b>	<b>COLÓQUIO</b> <i>Reanimar segundo o PRN ou o PALS: quando o recém-nascido se torna lactente?</i>	Vinay M. Nadkarni (EUA) Amélia G. A. da Costa Reis (SP) José Roberto de M. Ramos (RJ)
	Coordenadores	Paulo Roberto A. Carvalho (RS) Lêni M. Anchieta (MG)
<b>10h00   10h30</b>	Intervalo	
<b>10h30   11h00</b>	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>O Programa de Reanimação Neonatal no Brasil: situação atual e perspectivas</i>	Ruth Guinsburg (SP)
	Presidente	José Orleans da Costa (MG)
<b>11h00   11h45</b>	<b>COLÓQUIO</b> <i>Os desafios do ensino em reanimação neonatal</i>	Vinay M. Nadkarni (EUA) Benjamin J. Stenson (UK) Maria Fernanda B. de Almeida (SP)
	Coordenadores	Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS) Leila D. Cesário Pereira (SC)
<b>12h00   13h30</b>	<i>Simpósio Satélite Nestlé Nutrition Institute</i>	
<b>13h45   14h30</b>	<b>VISITA AOS PÔSTERES COMENTADOS</b>	

**COMENTADOR: Antonio Carlos de Almeida Mello (RJ)**

**PC 1 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORDESTE DO RIO GRANDE DO SUL.** Helen Zatti, Breno F de Araújo, José M Madi, Alana Z Terres, Bruna B Varisco, Isabele R Berti. HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL, RS.

**PC 2 - FATORES ASSOCIADOS À ACIDOSE FETAL PATOLÓGICA.** José M Madi, Breno F de Araújo, Helen Zatti, Jucemara Lorencetti, Nathalia O Marcon. HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL, RS.

**PC 3 - REANIMAÇÃO NEONATAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.** Eliane A de Oliveira, Maria Angélica B Svaiter; Luiza GD Dupim, Erika C de Oliveira. UNIVERSIDADE IGUAÇU - NOVA IGUAÇU, RJ.

**COMENTADORA: Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)**

**PC 4 - PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA SALA DE PARTO DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.

**PC 5 - PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI-NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.

**PC 6 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO A RECÉM-NASCIDOS COM PESO AO NASCIMENTO MENOR QUE 1500 GRAMAS DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.



**COMENTADOR: Milton Harumi Miyoshi (SP)**

**PC 7 - É VIÁVEL A APLICAÇÃO DE CPAP PRECOCE NA SALA DE PARTO PARA RECÉM-NASCIDOS COM MENOS DE 1000G?** Walusa AG Ferri, Márcia Motta, Francisco E Martinez. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO, SP.

**PC 8 - HEMORRAGIA PERI E INTRAVENTRICULAR GRAU IV E AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL.** Gustavo X Yamaguti, Gerson Crott, Salim M Jorge, Francisco E Martinez. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO, SP.

**PC 9 - MAPEAMENTO NACIONAL DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA NAS RESIDÊNCIAS EM PEDIATRIA.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.

**COMENTADOR: José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**

**PC 10 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES DE PEDIATRIA NO BRASIL.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.

**PC 11 - FATORES ASSOCIADOS AO ÊXITO DO TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DE RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.

**PC 12 - PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Aurea G Nogueira, Gean C da Rocha, Giovana C Trilha, Lissandra SM Andújar, Luciana P Weinhold, Marcelo F do Nascimento, Rafael F da S Medeiros, Remaclo Fischer Jr. MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.

**COMENTADOR: José Orleans da Costa (MG)**

**PC 13 - PROFISSIONAIS QUE ATENDEM RECÉM-NASCIDOS EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Remaclo Fischer Jr, Renata S Tacca, Simone SV Fontes. MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.

**PC 14 - FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Remaclo Fischer Jr, Vanessa D Elias, Wilson Luiz, Yara R Pacheco. MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.

**PC 15 - INCIDÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL EM UMA UTI-NEONATAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.** Fernanda Albuquerque, Aline Sena, Elizabeth Maia. MATERNIDADE INSTITUTO SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA - CAMPINA GRANDE, PB.

**COMENTADORA: Alzira Helena Gomes Lobo (RJ)**

**PC 16 - HIPOTERMIA E REANIMAÇÃO NEONATAL: ANÁLISE DE RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.** Waldeneide F de Azevedo<sup>1</sup>, Marta Lucia de Albuquerque<sup>2</sup>, José de AB Araújo Filho<sup>1</sup>, Iluska ACM de Medeiros<sup>1</sup>, Ednaldo M Bezerra Filho<sup>1</sup>, Cinthia MV de Oliveira<sup>1</sup>, Danyelly G Silva<sup>1</sup>, Julianny S Silva<sup>1</sup>, Marta Lucia P Jácome<sup>2</sup>, Luciana CE Nascimento<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, <sup>2</sup>CLIPSÍ-CLÍNICA E PRONTO SOCORRO INFANTIL HOSPITAL GERAL - CAMPINA GRANDE, PB.

**PC 17 - CONTROLE DE TEMPERATURA E REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS QUE EVOLUÍRAM A ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.** Waldeneide F de Azevedo<sup>1</sup>, Marta L de Albuquerque<sup>2</sup>, José de AB Araújo Filho<sup>1</sup>, Iluska ACM de Medeiros<sup>1</sup>, Raimundo AB de Araujo<sup>1</sup>, Heliantte JB Barros<sup>1</sup>, Danyelly G Silva<sup>1</sup>, Fatima AT Saldanha<sup>1</sup>, Marta LP Jácome<sup>2</sup>, Luciana CE Nascimento<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - CAMPINA GRANDE, PB.

**PC 18 - PERFIL DO ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO DOS PREMATUROS TARDIOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.** Júlia BL Borten, Flávia M da Silva, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.

**COMENTADOR: Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

**PC 19 - UMA NÃO REANIMAÇÃO BEM SUCEDIDA.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Tiago LR Coelho, Flávia C Marini. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.

**PC 20 - A DECISÃO COMPARTILHADA DA NÃO REANIMAÇÃO.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Angélica SS Teixeira, Lêni M Anchieta, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Maria Eugênia da C Machado, Hanna CV de Siqueira, Ludmila MGP Ramos. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.

**PC 21 - ANOMALIAS CONGÊNITAS QUE NÃO INDICAM REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Alamanda K Pereira, Tiago LR Coelho, Ludmila MGP Ramos. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.

**COMENTADOR: Francisco Eulógio Martinez (SP)**

**PC 22 - PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS COM MIELOMENINGOCELE.** Simone AB da Silva, Maria Fernanda B de Almeida, Guilherme A Sancho, Claudia Rossi, Ana Claudia Y Prestes, Milton H Miyoshi, Sergio Cavalheiro, Antonio F Moron, Ruth Guinsburg. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SÃO PAULO, SP.

**PC 23 - FATORES ASSOCIADOS À HIPOTERMIA AO NASCIMENTO EM PREMATUROS.** *Thatila M Rodrigues, Guilherme A Sancho, Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Milton H Miyoshi. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SÃO PAULO, SP.*

**PC 24 - MORTALIDADE ASSOCIADA À ASFIXIA PERINATAL NAS CAPITAIS DE ESTADO BRASILEIRAS.** *Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B. de Almeida, Rosa MV dos Santos, Lícia MO Moreira, Lêni M Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.*

**COMENTADORA: Lígia Maria Suppo de Sousa Rugolo (SP)**

**PC 25 - CONDUTAS PRÓ-ATIVAS NO LIMITE DA VIABILIDADE FETAL: DIFERENÇAS ENTRE OBSTETRAS E NEONATOLOGISTAS.** *Ruth Guinsburg<sup>1</sup>, Maria Fernanda B de Almeida<sup>1</sup>, Lílían SR Sadeck<sup>2</sup>, Sérgio TM Marba<sup>3</sup>, Lígia MSS Rugolo<sup>4</sup>, Renato M Fiori<sup>5</sup>, José Maria A Lopes<sup>6</sup>, Olga Bomfim<sup>6</sup>, Francisco E Martinez<sup>7</sup>, Renato S Procianny<sup>8</sup>. <sup>1</sup>UNIFESP, <sup>2</sup>BAM-HC-USP, <sup>3</sup>CAISM-UNICAMP, <sup>4</sup>HC-UNESP, <sup>5</sup>HSL-PUC-RS, <sup>6</sup>IFF-FIOCRUZ, <sup>7</sup>HC-USP-RP, <sup>8</sup>HC-UFRGS, REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS.*

**PC 26 - PARTO CESÁREA NÃO URGENTE VERSUS VAGINAL E NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO AO NASCER.** *Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Lêni M Anchieta, José Orleans da Costa, Dioclécio Campos Jr, Pesquisadores do PRN-SBP - gestão 2001-03, Lincoln MS Freire (in memoriam). PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.*

**PC 27 - DOZE RECÉM-NASCIDOS MORREM AO DIA NO BRASIL COM ASFIXIA PERINATAL.** *Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Rosa MV dos Santos, Lícia MO Moreira, Lêni M Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.*

**COMENTADOR: Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)**

**PC 28 - PERFIL DE CRIANÇAS REANIMADAS AO NASCIMENTO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO.** *Sandra Quintela<sup>1</sup>, Maria Christina Bacelar<sup>2</sup>, André F Gusmão<sup>2</sup>, Marcela ST Mendes<sup>1</sup>, Mariana M Gomes<sup>1</sup>, Gabrielle MC Câmara<sup>1</sup>. <sup>1</sup>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, <sup>2</sup>HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO - BRASÍLIA, DF.*

**PC 29 - RECEM NASCIDOS FALECIDOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO EM 2009: 80% NECESSITARAM DE REANIMAÇÃO AO NASCIMENTO.** *Sandra Quintela<sup>1</sup>, Maria Christina Bacelar<sup>2</sup>, André F Gusmão<sup>2</sup>, Marcela ST Mendes<sup>1</sup>, Mariana M Gomes<sup>1</sup>, Gabrielle MC Câmara<sup>1</sup>. <sup>1</sup>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, <sup>2</sup>HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO - BRASÍLIA, DF.*

**PC 30 - PERFIL DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA MÉDICOS EM BRASÍLIA.** *Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL.*

**PC 31 - AVALIAÇÃO DOS TESTES TEÓRICOS DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM OUTUBRO E NOVEMBRO DE 2008 EM BRASÍLIA – DF.** *Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP/SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA, DF.*

**COMENTADORA: Licia Maria Oliveira Moreira (BA)**

**PC 32 - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM OUTUBRO E NOVEMBRO DE 2008 EM BRASÍLIA – DF.** *Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP/SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA, DF.*

**PC 33 - ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO E PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS NATIVOS ENCAMINHADOS À UTIN.** *Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.*

**PC 34 - ESTUDO COMPARATIVO DA VITALIDADE AO NASCER EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE NÍVEL TERCIÁRIO. O QUE MUDOU EM 10 ANOS?** *Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.*

**PC 35 - FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO.** *Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ; <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.*

**COMENTADOR: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)**

**PC 36 - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DE TAMPONAMENTO CARDÍACO DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL SOBRE O PROGNÓSTICO NEUROLÓGICO DO RECÉM-NASCIDO.** *Denize M Lourenço, Toshio S Yonamine, Valéria Q Donas, Flávio S Tinós, Madalena M Grijó, Paulo CF de Paiva. MATERNIDADE JESUS, JOSÉ E MARIA - GUARULHOS, SP.*

**PC 37 - AVALIAÇÃO DA VENTILAÇÃO PULMONAR COM BALÃO AUTOINFLÁVEL NA REANIMAÇÃO NEONATAL.** *Mariana Bassani, Francisco Mezzacappa Filho, Regina Coppo, Sérgio TM Marba. CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - CAMPINAS, SP.*

**PC 38 - PROPOSTA DE USO DE NOVA FIXAÇÃO PARA TUBOS ENDOTRAQUEAIS.** *Messias Silva<sup>1</sup>, Cláudio D Pacheco<sup>2</sup>. <sup>1</sup>HOSPITAL ODILON BEHRENS, <sup>2</sup>HOSPITAL MATER DEI - BELO HORIZONTE, MG.*

**COMENTADOR: José Dias Rego (RJ)**

**PC 39 - INTRODUÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO AUXÍLIO DA REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.** *Ana Cláudia Y Prestes, Ana Cristina Z Yagui, Luciana A Vale, Felipe S Rossi, Celso M Rebello, Alice D'Agostini Deutsch. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - SÃO PAULO, SP.*

**PC 40 - IMPORTÂNCIA DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS NA REANIMAÇÃO NEONATAL.** *Mônica Raiol, Alba Ikuta, Adrianna Araújo, Tinai Lima. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS, BA.*

**PC 41 - AVALIAÇÃO DO USO DE PREMEDICAÇÃO PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM NEONATOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO NO PERÍODO DE MAIO A DEZEMBRO DE 2008.** *Lúcia FP de Amorim<sup>1</sup>, César Passamani<sup>1</sup>, Catarina AB Pires<sup>2</sup>. <sup>1</sup>HOSPITAL ODILON BEHRENS - BELO HORIZONTE, MG e <sup>2</sup>HOSPITAL MÁRCIO CUNHA - IPATINGA, MG.*

**COMENTADORA: Lêni Márcia Anchieta (MG)**

**PC 42 - TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003-2008.** *Helenilce PF Costa, Sérgio TM Marba, Maria Fernanda B de Almeida, Ruth Guinsburg, Claudia Tanuri, Bettina BD Figueira, Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal em SP. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO.*

**PC 43 - IMPACTO DO PROGRAMA DE REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA (RPMP) SOBRE A OCORRÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL NA CIDADE DE SÃO PAULO.** *Lílian SR Sadeck, Geny MM Yao, Clea R Leone. REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO - SP.*

**PC 44 - ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL NO CONTEXTO DO AIDPI NEONATAL NO PARÁ.** *Rejane S Cavalcante<sup>1</sup>, Rosa V Marques<sup>2</sup>, Maria Florinda P de Carvalho<sup>1</sup>, Aurimery G Chermont<sup>1</sup>, Maria das Mercedes Sovano<sup>3</sup>, Marcia W Anaisse<sup>1</sup>, Ozaneide C Gomes<sup>4</sup>, Mariane F Cordeiro<sup>2</sup>, Denis OG Cavalcante Junior<sup>1</sup>, Maria Fernanda B de Almeida<sup>5</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ E MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA, <sup>2</sup>UEPA, <sup>3</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, <sup>4</sup>SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ - BELÉM, PA e <sup>5</sup>UNIFESP - SÃO PAULO, SP.*

**COMENTADOR: Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**

**PC 45 - EVOLUÇÃO CLÍNICA INTRA-HOSPITALAR DE RNMBP COM DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA PERINATAL.** *Claudia RS Maia<sup>1</sup>, Nívia MR Arrais<sup>1</sup>, Rosa MV dos Santos<sup>2</sup>. <sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCIO - NATAL, RN.*

**PC 46 - FATORES PERINATAIS ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO AO NASCER EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS TARDIOS E DE TERMO EM MATERNIDADE PARTICULAR.** *Edinéia V Lima, Cecília M Draque, Ana Claudia Soares, Monica V Carceles, Maria Angela Saraiva, Wilma R Tavares, Flávia LS Pinto, Heike Mori, Débora PM Oliveira, Eduardo R Amaro. PRO MATRE PAULISTA - SÃO PAULO, SP.*

**PC 47 - REDUÇÃO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.** *Filomena B de Mello, Helenilce de PF Costa, Maria Eunice Reis, Jamir C Silva, Sergio RP Oliveira, Suely D do Nascimento, Celia M Di Giovanni, Silvana D. Maccagnano, Milton H. Miyoshi, Eduardo R Amaro. HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA - SÃO PAULO, SP.*

**COMENTADORA: Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**

**PC 48 - REANIMAÇÃO NEONATAL E TAXAS DE LETALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS DE EXTREMO BAIXO PESO NO BRASIL.** *Tulio Konstantyner<sup>1</sup>, Thais CR de Oliveira<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, <sup>2</sup>FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO, SP.*

**PC 49 - NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO TRAQUEAL NA REANIMAÇÃO DO PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO E FATORES ASSOCIADOS.** *Lígia MSS Rugolo<sup>1</sup>, Maria Regina Bentlin<sup>1</sup>, Adriana Saito<sup>1</sup>, Grasiela Bossolan<sup>1</sup>, Antonio Rugolo Junior<sup>1</sup>, Miriam Hashimoto<sup>1</sup>, Liciane VA Silveira<sup>2</sup>, Solange R Daher<sup>1</sup>, Leia R Rodrigues<sup>1</sup>, Jose Carlos Peraçoli<sup>1</sup>. <sup>1</sup>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU-UNESP - BOTUCATU, SP.*

**PC 50 - EVOLUÇÃO NEONATAL DE PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO REANIMADOS E INTUBADOS EM SALA DE PARTO.** *Lígia MSS Rugolo, Maria Regina Bentlin, Miriam Hashimoto, Antonio Rugolo Junior, Saskia MW Fekete, João C Lyra, Ana KC de Luca, Geraldo HS Silva, Alice Kiy, Glaucete R Fernandes. FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - BOTUCATU, SP.*



14h30 | 16h00

**MESA REDONDA**

*O coração na reanimação neonatal*

*Coordenadoras*

Lígia M. S. de Souza Rugolo (SP)  
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

14h30 | 15h00

*Como melhorar o débito cardíaco no RN ventilado?*

Benjamin J. Stenson (UK)

15h00 | 15h30

*Como reanimar o RN cardiopata?*

Vinay M. Nadkarni (EUA)

15h30 | 16h00

*Perguntas*

16h00 | 16h30

*Intervalo*

16h30 | 17h15

**CONFERÊNCIA**

*Desafios na prevenção da hipotermia na primeira hora de vida do recém-nascido prematuro*

Jay P. Goldsmith (EUA)

17h15 | 17h30

*Perguntas*

*Presidente*

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

17h30 | 18h30

Reunião dos Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da SBP – Parte 2

Grupo Executivo do PRN-SBP

<b>08h30   09h15</b>	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>Quando não iniciar a reanimação em sala de parto</i>	Jay P. Goldsmith (EUA)
<b>09h15   10h15</b>	<b>COLÓQUIO</b> <i>Dilemas éticos na reanimação</i>	Jay P. Goldsmith (EUA) Ruth Guinsburg (SP) Sérgio T. M. Marba (SP)
	<i>Coordenadores</i>	José Dias Rego (RJ) Alzira H. G. Lobo (RJ)
<b>10h15   10h45</b>	<i>Intervalo</i>	
<b>10h45   11h30</b>	<b>CONFERÊNCIA</b> <i>Análise crítica dos equipamentos para ventilação em sala de parto</i>	Benjamin J. Stenson (UK)
<b>11h30   12h00</b>	<i>Perguntas</i>	
	<i>Presidente</i>	José Roberto de M. Ramos (RJ)
<b>12h00</b>	<b>ENCERRAMENTO</b>	José Maria de A. Lopes (RJ)



O III Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal destina-se exclusivamente a médicos e alunos de medicina, em cumprimento à Resolução CFM 1718 de 2004."

**8.5 pts**

Especialidade |  
**PEDIATRIA**

**8.5 pts**

Área de Atuação |  
**MEDICINA INTENSIVA  
PEDIÁTRICA**

**8.5 pts**

Área de Atuação |  
**NEONATOLOGIA**

**PC 1 - CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORDESTE DO RIO GRANDE DO SUL.** Helen Zatti, Breno F de Araujo, José M Madi, Alana Z Terres, Bruna B Varisco, Isabele R Berti. **HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL, RS.**

**Introdução:** A asfixia perinatal é uma importante causa de mortalidade neonatal e está associada a seqüelas importantes, tornando a reanimação sala de parto adequada uma prioridade. **Objetivos:** Conhecer as condições de atendimento a gestantes e recém-nascidos (RN) em sala de parto nos municípios que compõe a 5ª Delegacia Regional de Saúde. **Método:** Dados obtidos através da aplicação de questionário, respondido por telefone pelo médico ou enfermeira responsável pela maternidade, contendo informações sobre o atendimento da gestante e do RN pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Todos os 49 municípios da região participaram da pesquisa. **Resultados:** Dos 49 municípios, 27 (55%) não possuem hospital, sendo as gestantes transferidas para o município mais próximo em condições de atendimento do parto. Apenas um destes municípios tem mais de 5.000 habitantes. O questionário foi aplicado nos 22 municípios restantes, dos quais apenas um tem menos de 5.000 habitantes. Em 6 cidades (27%) existe plantão obstétrico no hospital, em 12 (55%) existe sobreaviso obstétrico e em 4 (18%) o parto é feito por médico não obstetra. Em 14 municípios o entrevistado declarou que o atendimento ao RN em sala de parto é feito sempre por pediatra, mas somente em metade destes há plantão pediátrico dentro do hospital. Em 3 cidades o pediatra está presente no nascimento em 50% dos casos, em 2 em cerca de 25% e em 3 municípios não há atendimento pediátrico em sala de parto para pacientes do SUS. Todos tem berço aquecido, oxigênio, balão auto-inflável e material de intubação na sala de parto, em 2 não há drogas disponíveis na sala de parto. Em 5 não há oxímetro na maternidade, 9 hospitais (40,9%) não possuem bomba de infusão e 5 (22,7%) não tem campânula. **Conclusão:** Existe carência de equipamentos nas maternidades do interior e, o que é ainda mais grave, o nascimento sem atendimento pediátrico ainda é uma realidade em municípios da nossa região, ferindo um direito básico das nossas crianças.

**PC 2 - FATORES ASSOCIADOS À ACIDOSE FETAL PATOLÓGICA.** José M Madi, Breno F de Araújo, Helen Zatti, Jucemara Lorencetti, Nathalia O Marcon. **HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL - UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL - CAXIAS DO SUL, RS.**

**Introdução:** O pH na artéria umbilical (pH/AU) tem sido descrito como um marcador de hipóxia fetal intraparto. **Objetivo:** avaliar os fatores associados à acidose fetal patológica. **Metodologia:** estudo caso-controle, realizado entre Junho/2002 e Abril/2007, incluindo recém-nascidos (RN) com acidose patológica (pH/AU  $\leq 7,0$ ). Para cada caso foram selecionados 3 controles, nascidos imediatamente após o caso, com pH/AU ( $\geq 7,1$  e  $\leq 7,3$ ). Foram excluídos gemelares e RN com malformações. Analisaram-se variáveis maternas e fetais. Para verificar a presença ou não de associação entre as variáveis e o desfecho estimou-se a Odds Ratio bruta e ajustada. Na análise univariada foram aplicados os testes t de Student e o qui-quadrado. Realizada análise multivariada para controle dos fatores de confusão. **Resultados:** Foram avaliados 188 RN, sendo 47 do grupo com acidose (GAcid) e 141 controles (GContr). O pH médio na artéria umbilical foi 6,89 no GAcid e 7,22 no GContr. No GAcid houve predominância da cesariana (66% vs. 42,6%), de partos pré-termo (33,3% vs. 13,9%), menor peso médio no nascimento (2.846g vs. 3.331g) e menor índice de Apgar no 1º e 5º minutos (3,4 vs. 7,5 e 5,9 vs. 9,9). Necessitaram reanimação em sala de parto 40% dos RN com acidose e 5% dos controles. A mortalidade no GAcid foi 23,4% e no GContr foi zero. Os RN do GAcid apresentaram quase cinco vezes mais chance de evolução desfavorável (UTI neonatal ou óbito). Três RN do GAcid apresentaram crise convulsiva e houve um maior número de RN com alterações neurológicas (17% vs. 1,4%). Após a análise multivariada, persistiram como fatores de risco para acidemia fetal patológica (AFP) as complicações da placenta e do cordão, com cinco casos de descolamento prematuro de placenta e 16 de patologias do cordão (circulares e nó verdadeiro). Os RN com complicações da placenta ou do cordão tiveram três vezes mais AFP ao nascimento. **Conclusão:** As patologias da placenta e do cordão umbilical são as principais causas da acidemia fetal patológica. O pH do sangue de AU representa um sensível marcador de hipoxemia fetal intraparto.

**PC 3 - REANIMAÇÃO NEONATAL NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA.** Eliane A de Oliveira, Maria Angélica B Svaiter; Luiza GD Dupim, Erika C de Oliveira. **UNIVERSIDADE IGUAÇU - NOVA IGUAÇU, RJ.**

**Introdução:** A adequada assistência ao RN na sala de parto requer conhecimentos teórico-práticos, o qual deve ser focado no curso de graduação médica, com treinamento permissível disponível. **Objetivo:** Análise da percepção do graduando de Medicina sobre o aprendizado prático quanto a assistência ao RN na sala de parto. **Metodologia:** Análise qualitativa mediante relato descritivo dos alunos de graduação médica no ano de 2008, correspondendo aos terceiro e quinto ano do curso. **Resultados:** Um estudo focando a graduação em medicina estabelece que no Rio de Janeiro, há 17 cursos de graduação em Medicina, cuja carga horária destinada à especialidade, corresponde à 320- 855 horas, sendo insuficiente haja vista dispormos de uma quantidade previsível na grade curricular de temas às vezes complexos a ser apresentados ao aluno. Foi realizado uma análise de 205 depoimentos descritivos, baseados na pergunta direta: "O que você aluno acha da exposição do assunto- reanimação neonatal no seu curso de graduação? 71% dos alunos acham importante o assunto por fazer parte de temas a serem abordados nas seleções de residência médica. Destes 5% pretendem seguir a especialidade de Pediatria na especialização médica. E para este grupo, a Reanimação neonatal deve ser mais focada do ponto de vista prático nas atividades práticas, devendo também ser direcionada aos graduandos que desejam se dedicar à obstetrícia, já que estes também fazem parte do cenário real de assistência do RN Pós-Parto. **Conclusão:** O curso de graduação médica exerce uma função de "pool" de informações teóricas ao graduando, fazendo-se necessário o estímulo à atividades práticas a serem realizadas na forma curricular, com uma carga horária mais ampla no curso destinada a estas atividades, e na forma extra-curricular com incentivo a oferta e disponibilização de cursos práticos à assistência ao RN, como o curso de Reanimação Neonatal, já disponível e existente para médicos e enfermeiros destinados aos cuidados do recém nascido.

**PC 4 - PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA SALA DE PARTO DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.

**Introdução:** Há diversos fatores associados à gestação e ao parto, que podem comprometer o bem estar fetal, aumentando a morbidade e mortalidade perinatal e neonatal. **Objetivo:** Caracterizar os partos ocorridos quanto aos dados de: tipo de parto; nascido vivo/nascido morto/aborto; sexo; idade gestacional; Apgar; desfecho imediato. **Metodologia:** Tipo de Estudo - Observacional transversal descritivo. População e amostra - Partos ocorridos no período de Janeiro a Dezembro de 2006. Coleta de dados - Realizada através da pesquisa nos livros de registro do centro obstétrico. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas em 07/08/2007. Resultados: No período de 01/01/2006 a 31/12/2006 ocorreram 2515 partos. Nasceram de parto normal 1156/2515 (46,0%), cesáreo 1294/2515 (51,4%) e normal a fórceps 65 (2,6%). Nasceram vivos 2259/2515 (89,8%), mortos 37/2515 (1,5%), abortos 219/2515 (8,7%). Quanto ao sexo eram feminino 1135/2259 (50,2%), masculino 1112/2259 (49,2%), indeterminado 4/2259 (0,2%) e não havia registro em 8/2259 (0,4%). Quanto a idade gestacional eram a termo 1827/2259 (80,9%), prematuros 308/2259 (13,6), pós-termo 17/2259 (0,8%) e não havia registro em 107/2259 (4,7%). Tiveram Boletim Apgar no 5o minuto > ou = a 7: 2153/2259 (95,3%), de 0 a 3: 6/2259 (0,3%) e não havia registro em 88/2259 (3,9%). Quanto ao desfecho imediato foram encaminhados para o alojamento conjunto 2057/2259 (91,1%) e para a UTI-Neonatal 202/2259 (8,9%). **Conclusão:** Alguns resultados encontrados são bastante diferentes dos resultados do Estado do Rio de Janeiro como um todo no mesmo período (DATASUS-2006). Isto pode se justificado pelo fato desta Maternidade oferecer um tipo de assistência com pré-natal de alto risco e nível de assistência terciária, sendo referência para diversas patologias maternas, obstétricas e fetais, que muitas vezes determinam um perfil epidemiológico diferente.

**PC 5 - PERFIL DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI-NEONATAL DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.

**Introdução:** Atualmente a mortalidade por causas perinatais e neonatais é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos (38%). As principais causas relacionadas são: infecções graves (36%); prematuridade (28%); asfixia (23%); anomalias congênitas (7%); outras causas (6%). Caracterizar as internações na UTI neonatal quanto aos dados de: nascimento na instituição ou transferido, tipo de parto, APGAR, sexo, idade gestacional, peso; AIG/PIG/GIG; desfecho imediato. **Metodologia:** Tipo de Estudo - Observacional transversal descritivo. População e amostra - Recém-nascidos internados UTI-Neonatal no período de Janeiro a Dezembro de 2006. Coleta de dados - Realizada através da pesquisa nos livros de registro da UTI-Neonatal. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas em 07/08/2007. **Resultados:** No período de 01/01/2006 a 31/12/2006 internaram na UTI-Neonatal 208 recém-nascidos, sendo apenas 2,9% (6/208) transferidos de outras instituições. Nasceram de parto normal 29,8% (62/208), normal a fórceps 1,0% (2/208), cesáreo 68,2% (142/208), sem registro do tipo de parto 1,0% (2/208). Tiveram Boletim Apgar < 7 no 5o minuto 5,8% (12/208), sendo que 2,4% (5/208) tiveram Boletim Apgar 0 a 3 no 5o minuto. Não havia registro do Apgar em 1,0% (2/208). Destes recém-nascidos 50,5% (105/208) eram do sexo masculino, 48,5% (101/208) eram do sexo feminino e 1,0% (2/208) tinham o sexo indeterminado pelo aspecto da genitália externa. Quanto à idade gestacional: 28,3% (59/208) a termo, 70,7% (147/208) prematuros, pós-termo 0,5% (1/208). Não havia registro da idade gestacional em 0,5% (1/208). Quando avaliados pelo peso ao nascimento, 28,8% (60/208) dos recém-nascidos tinham peso ao nascimento maior que 2500 gramas. Foram classificados como: baixo peso 46,6% (97/208); muito baixo peso 13,0% (27/208) e extremo baixo peso 11,1% (23/208). Não havia registro de peso ao nascimento em 0,5% (1/208). Utilizando a classificação de Lubchenco: AIG 67,3% (140/208), PIG 27,9% (58/208), GIG 4,3% (9/208). Não foi possível a classificação em 0,5% (1/208). Quanto ao desfecho imediato, foram observados 5,8% (12/208) transferências, 11,0% (23/208) óbitos e 83,2% (173/208) altas. Tiveram diagnóstico de asfixia 3,4% (7/208) e evoluíram para óbito 28,6% (2/7). **Conclusão:** Embora esta maternidade realize pré-natal de alto risco, observamos uma baixa frequência de asfixia, o que pode ser justificado pelo treinamento de todos os profissionais que atuam na assistência ao recém-nascido na sala de parto.

**PC 6 - ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO A RECÉM-NASCIDOS COM PESO AO NASCIMENTO MENOR QUE 1500 GRAMAS DE UMA MATERNIDADE DE UMA UNIVERSIDADE NO RIO DE JANEIRO.** Luiza M Calvano<sup>1</sup>, Alexandra PQC Araújo<sup>1</sup>, Maria Amélia SC Coutinho<sup>2</sup>, Cintia BA Schirch<sup>3</sup>, Alice da C Rodrigues<sup>3</sup>. <sup>1</sup>INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ, <sup>3</sup>UFRJ - RIO DE JANEIRO, RJ.

**Introdução:** Para que a transição da vida fetal para a neonatal ocorra de forma adequada, pode ser necessária uma adequada assistência na sala de parto. Os prematuros, por nascerem antes da data prevista do parto, apresentam várias características anatômicas e fisiológicas que os tornam ainda mais susceptíveis nesta transição. **Objetivo:** Caracterizar a amostra quanto aos dados do APGAR, necessidade e tipo de reanimação na sala de parto. **Metodologia:** Tipo de Estudo - Observacional transversal descritivo. População e amostra - Prematuros com peso ao nascimento menor que 1500 gramas internados na UTI- Neonatal no período de Janeiro a Dezembro de 2006. Coleta de dados - Realizada através da pesquisa nos prontuários. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas em 07/08/2007. **Resultados:** No período de 01/01/2006 a 31/12/2006 internaram na UTI-Neonatal 50 recém-nascidos com peso ao nascimento menor que 1500 gramas. Somente 1 recém-nascido teve Boletim Apgar < 7 no 5o minuto. Ele variou de 1 a 9 no 1o e 5o minutos. Não havia registro do Apgar no 1o minuto em um recém-nascido. Necessitaram de procedimentos de reanimação neonatal 41 recém-nascidos: 18 oxigênio inalatório, 9 ventilação com pressão positiva com máscara facial, 11 ventilação com pressão positiva com tubo orotraqueal, 2 ventilação com pressão positiva com tubo orotraqueal + massagem cardíaca, 1 ventilação com pressão positiva com tubo orotraqueal + massagem cardíaca + drogas (adrenalina). **Conclusão:** Foi elevada a frequência de recém-nascidos com peso ao nascimento menor que 1500 gramas que necessitaram de algum tipo de procedimento da reanimação neonatal na sala de parto (82%), sendo que mais da metade (56%) necessitou de ventilação com pressão positiva. Estes resultados ratificam a importância do ensino e treinamento freqüente da reanimação neonatal a todos os profissionais que atuam na recepção de recém-nascidos na sala de parto e também nas instituições de ensino.

**PC 7 - É VIÁVEL A APLICAÇÃO DE CPAP PRECOCE NA SALA DE PARTO PARA RECÉM-NASCIDOS COM MENOS DE 1000G?** Walusa AG Ferri, Márcia Motta, Francisco E Martinez. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO, SP.**

**Introdução:** O uso de CPAP profilático na sala de parto em prematuros tem sido preconizado para diminuir possíveis danos e complicações pulmonares, mas não há dados suficientes que avaliam esse método em prematuros de muito baixo peso (<1000g). **Objetivo:** Avaliar se a aplicação precoce de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP-Pr) para crianças menores de 1000g de peso ao nascer é factível, seguro, e associada a menor uso de surfactante e de ventilação mecânica nos primeiros 5 dias de vida. **Métodos:** Estudo prospectivo e randomizado. O consentimento escrito foi obtido antes do nascimento. Após o nascimento, se a criança não apresentasse defeitos congênitos grosseiros e pesasse entre 500-1000g, realizava-se a randomização, previamente preparada para dois extratos de peso: 500-750g e 751-1000g. Segundo a randomização os pacientes eram submetidos a dois tipos de tratamentos: Rotina: Recepção segundo as normas da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)/CPAP-Pr: Segundo normas da SBP e se estivesse extubada até 15 min após o parto, era instalado o CPAP nasal com 5 cm de pressão de coluna de água, por pelo menos 48 horas. **Resultados:** Foram estudadas 69 crianças. Os dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significante quanto ao uso de corticóide antenatal (36%), hipertensão (30%), diabetes e infecção materna (3%). Também não apresentaram diferenças significativa quanto ao peso, respectivamente (768,7vs 783,5g), número de PIGs (19%vs17%), sexo feminino (61%vs 49%) e apgar de primeiro e quinto minutos. Entre os pacientes < 750g, 16 foram incluídos no grupo rotina e 14 no grupo CPAP-Pr. Não foi possível instalar o CPAP-Pr em nenhuma dessas 14 crianças. Quanto as crianças com peso entre 750 - 1000g, 20 foram alocadas no grupo rotina e 19 no grupo CPAP. Destas 19 crianças do grupo CPAP-Pr, em 8(42%) o CPAP-Pr não pode ser instalado, e 7 (37%) necessitaram de intubação traqueal após menos de 15 minutos de instalação CPAP-Pr. Somente uma criança do grupo rotina e duas do grupo CPAP-Pr não foram entubadas. Receberam surfactante 21 crianças do grupo rotina e 19(57,5%) crianças do grupo CPAP-Pr. **Conclusão:** Houve falha na aplicação do CPAP-Pr nos primeiros 15 minutos de vida em 88% dos recém-nascidos com menos de 1000g. **Agradecimentos:** À equipe de neonatologia.

**PC 8 - HEMORRAGIA PERI E INTRAVENTRICULAR GRAU IV E AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL.** Gustavo X Yamaguti, Gerson Crott, Salim M Jorge, Francisco E Martinez. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - RIBEIRÃO PRETO, SP.**

A pouca literatura existente diverge entre o papel das manobras de reanimação neonatal e a ocorrência de hemorragia peri e intraventricular. Quando se trata apenas de hemorragia grau IV as informações são ainda menores. Há necessidade de mais informações sobre o assunto e, se possível, identificar medidas para aprimorar as práticas diárias. Para avaliar possíveis correlações entre as manobras de reanimação neonatal e a ocorrência de hemorragia peri e intraventricular grau IV, definida por Papile et al em 1978, realizou-se estudo retrospectivo tipo caso-controle, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2006, em hospital terciário. Foram levantados 24 casos com diagnóstico ultrassonográfico de hemorragia grau IV e seus respectivos controles, pareados segundo a mesma faixa de peso e adequação para idade gestacional. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa. A distribuição dos pacientes com hemorragia grau IV mostrou 87,5% menores de 1.500 gramas e 79% com menos de 32 semanas de idade gestacional. A aspiração das vias aéreas superiores esteve descrita em 86,4% dos casos e em 95,8% dos controles. O oxigênio inalatório foi utilizado em 54,5% dos casos e em 70,8% dos controles. A ventilação com balão e máscara foi realizada em 59,1% dos casos e em 58,3% dos controles. A intubação orotraqueal ocorreu em 72,7% dos casos e em 54,2% dos controles. Massagem cardíaca esteve presente em 27,3% dos casos e em 20,8% dos controles. O uso de medicações na reanimação ocorreu em 31,8% dos casos e 25% dos controles. Nenhuma das variáveis avaliadas obteve relevância estatística. Apesar não observada associação entre as manobras de reanimação e a presença de hemorragia grau IV, esse estudo reforça a necessidade de que os partos prematuros ocorram em hospitais bem equipados e compostos por equipes treinadas para a reanimação neonatal. Isso porque 100% da população do estudo necessitaram de alguma manobra de reanimação. A aspiração das vias aéreas superiores esteve presente em 91,3%, o oxigênio inalatório em 63%, a ventilação com balão e máscara em 58,7%, a intubação orotraqueal em 63%, a massagem cardíaca em 23,9% e o uso de algum tipo de medicação em 28,3%.

**PC 9 - MAPEAMENTO NACIONAL DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA NAS RESIDÊNCIAS EM PEDIATRIA.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatra (PRN-SBP) é garantir a presença de, no mínimo, um instrutor ativo em cada hospital/maternidade de atuação das Residências em Pediatria. **Objetivo:** Determinar o número de instrutores ativos do PRN-SBP nas Residências em Pediatria, conforme a região e unidade federativa (UF) do país em 2008. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo das 160 Residências em Pediatria de 25 estados e do DF credenciadas pelo MEC/2008 (<http://www.mec.gov.br/sesu>). Os 54 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada UF: hospitais e maternidades de atuação de cada Residência, número de vagas/ano por Residência e identificação de cada instrutor do PRN-SBP ativo no local. Considerou-se a proporção de 1 instrutor para até 10 vagas/ano ou 1 instrutor para até 8 vagas/ano naquelas com mais de 10 vagas/ano. Foi realizada a análise descritiva por região e UF do país. **Resultados:** Das 160 Residências em Pediatria, 9 foram excluídas por ausência de médicos matriculados. Nas outras 151, o número de vagas/ano e de instrutores do PRN-SBP no ano de 2008 está descrito a seguir. NORTE: 33 vagas/ano em 7 Residências de 6 UF, com 11 instrutores nas 7 Residências; NORDESTE: 163 vagas/ano em 27 Residências de 9 UF, com 81 instrutores em 26 Residências (1 sem instrutor - CE); SUDESTE: 655 vagas/ano em 81 Residências nas 4 UF, com 159 instrutores em 68 Residências (13 sem instrutores - 8 MG, 4 RJ e 1 SP); SUL: 167 vagas/ano em 24 Residências nas 3 UF, com 36 instrutores em 20 Residências (4 sem instrutores - 1 PR, 2 RS e 1 SC) e CENTRO-OESTE: 86 vagas/ano em 12 Residências nas 4 UF, com 17 instrutores em 10 Residências (2 sem instrutores - 1 DF e 1 MS). **Conclusão:** No Brasil, 294 instrutores do PRN-SBP estavam envolvidos, em 2008, no ensino da reanimação neonatal para residentes de primeiro e segundo ano em Pediatria. Entretanto, 20 (13%) Residências não contavam com instrutores, exigindo planejamento para atingir a meta de, no mínimo, 1 instrutor do PRN-SBP por Residência em Pediatria.



**PC 10 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES DE PEDIATRIA NO BRASIL.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) consiste no treinamento de todos os residentes em pediatria a reanimar o recém-nascido em sala de parto (Resolução No 2 da Comissão Nacional de Residência Médica em 17/05/06). **Objetivo:** Determinar o número de residentes treinados em reanimação neonatal nas Residências em Pediatria em cada Unidade Federativa (UF) do Brasil em 2008. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as 160 Residências em Pediatria de 25 estados e do Distrito Federal, credenciadas pelo MEC/2008 (<http://www.mec.gov.br/sesu>). Os 54 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada hospital/maternidade onde o residente em pediatria atendia o recém-nascido em sala de parto, o número de R1 e R2 matriculados e o número de treinados em reanimação neonatal durante a residência médica. Foi realizada a análise descritiva por UF e região do país. **Resultados:** Em 2008, das 160 Residências em Pediatria, 9 não possuíam residentes matriculados e em 26 não foi possível obter informações completas. Nas 125 residências pesquisadas, 1.494 residentes (765 R1 e 729 R2) estavam matriculados e distribuídos nas regiões: Norte 4%, Nordeste 16%, Sudeste 53%, Sul 18% e Centro-Oeste 10%. O número de R1 treinados foi 544 (71%) e de R2 561 (77%), totalizando 1.105 (74%). A frequência de residentes treinados em reanimação neonatal, em cada região, foi: Norte 76% (AP zero; RR 20%; AM 45%; AC, PA e RO 100%); Nordeste 66% (CE 23%; PE 42%; MA 83%; BA 88%; PB 93%; AL, PI, RN e SE 100%); Sudeste 71% (MG 26%; RJ 43%; ES 53% e SP 88%); Sul 81% (SC 58%; RS 75% e PR 96%) e Centro-Oeste 87% (DF 75%; GO, MS e MT 100%). **Conclusão:** As Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, que concentram 31% dos residentes matriculados, alcançaram elevadas taxas de treinamento em reanimação neonatal em 2008. Esforços para atingir a meta de treinar todos os residentes em Pediatria devem ser concentrados nos estados do AM, AP, CE, ES, MG, PE, RJ, RR e SC.

**PC 11 - FATORES ASSOCIADOS AO ÊXITO DO TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DE RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL.** Leila DC Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B de Almeida, Lêni M Anchieta, Adrienne MLS e Oliveira, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** A identificação de fatores associados ao êxito do treinamento em reanimação neonatal de residentes em Pediatria pode auxiliar a planejar ações do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) voltadas a atingir a meta de treinar 100% dos matriculados. **Objetivo:** Identificar fatores associados ao êxito do treinamento em reanimação neonatal dos residentes em pediatria brasileiros, em 2008. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as 160 Residências em Pediatria de 25 estados e do Distrito Federal, credenciadas pelo MEC/2008 (<http://www.mec.gov.br/sesu>). Os 54 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada hospital/ maternidade onde o residente em pediatria atendia o recém-nascido em sala de parto, o número de residentes matriculados e treinados em reanimação neonatal e o número de instrutores ativos. Estudou-se a associação dos seguintes fatores ao êxito do treinamento em reanimação neonatal (100% de treinados ao término da residência): local da Residência (capital ou não), tipo de hospital (universitário ou não), número de residentes matriculados (até 8 ou >8) e número de instrutores/Residência (adequado ou não), sendo considerado adequado 1 instrutor para até 10 vagas/ano ou 1 instrutor para até 8 vagas/ano, nas Residências com mais de 10 vagas/ano. A estatística descritiva usou o qui-quadrado ou o teste de Fisher. **Resultados:** Em 2008, das 160 Residências em Pediatria, 9 não possuíam residentes matriculados e em 26 não foi possível obter informações completas. Nas 125 residências pesquisadas com 1.494 (765 R1 e 729 R2) matriculados, 78 (62%) localizavam-se na capital, 53 (42%) em hospitais universitários, 64 (51%) tinham até 8 residentes e, em 105 (84%), o número de instrutores era adequado. Houve associação entre possuir número adequado de instrutores e treinar 100% dos matriculados ao final da Residência ( $p < 0,0001$ ). Não houve associação entre o êxito do treinamento e a localização geográfica, o tipo de hospital e o número de residentes matriculados. **Conclusão:** É preciso que todas as Residências em Pediatria contem com pelo menos um instrutor em reanimação neonatal para que se atenda à Resolução no 2 da Comissão Nacional de Residência Médica em 17/05/06, com o treinamento efetivo de 100% dos programas.

**PC 12 - PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Aurea G Nogueira, Gean C da Rocha, Giovana C Trilha, Lissandra SM Andújar, Luciana P Weinhold, Marcelo F do Nascimento, Rafael F da S Medeiros, Remaclo Fischer Jr. **MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.**

**Introdução:** Aproximadamente 10% dos recém-nascidos necessitam auxílio para iniciar a respiração logo após o nascimento e cerca de 1% requerem procedimentos de reanimação mais agressivos. **Objetivo:** Descrever a prevalência dos procedimentos de reanimação em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal, realizado de 01 de junho a 30 de outubro de 2008, em maternidade pública de referência para gestação de alto risco, incluindo nascidos vivos com peso superior ou igual a 500 gramas. Os profissionais que atenderam os recém-nascidos em sala de parto, treinados pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, registraram a ocorrência ou não de reanimação e o tipo de procedimento utilizado (oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal, massagem cardíaca, cateterismo umbilical e medicações). Dados perinatais foram extraídos do prontuário materno e do cartão pré-natal. Para análise dos resultados utilizou-se frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram incluídos 1009 recém-nascidos, dos quais 39,4% nasceram por cesariana, 4,5% por apresentação anômala, 13,7% banhados em líquido meconial, 3,7% com rotura de membranas superior a 18 horas, 52,9% eram do sexo masculino, 10,5% tinham idade gestacional inferior a 37 semanas, 10,0% peso inferior a 2.500g, 8,5% Apgar do primeiro minuto inferior a 7 e 1,1% apresentava malformação congênita maior. Duzentos e noventa recém-nascidos (28,7%) necessitaram reanimação, sendo a frequência dos procedimentos descrita a seguir: Oxigênio inalatório 28,1%; Ventilação com Pressão Positiva 9,2%; Intubação Traqueal 2,4%; Massagem Cardíaca 0,7%; Cateterismo Umbilical 0,1%; e Medicações 0,2%. A taxa de reanimação foi superior à descrita na literatura, sendo o oxigênio inalatório o procedimento mais utilizado. A utilização frequente de oxigênio requer reavaliação de conduta, considerando seus efeitos adversos e a tendência atual de redução de seu uso.

**PC 13 - PROFISSIONAIS QUE ATENDEM RECÉM-NASCIDOS EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Remaclo Fischer Jr, Renata S Tacca, Simone SV Fontes. **MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.**

**Introdução:** Deve haver pelo menos um profissional treinado em reanimação presente em todo nascimento, e outros disponíveis quando a necessidade de reanimação é previsível. **Objetivo:** Identificar o número e a categoria dos profissionais que prestam atendimento ao recém-nascido em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal, realizado de 01 de junho a 30 de outubro de 2008, em maternidade pública de referência para gestação de alto risco, incluindo nascidos vivos com peso superior ou igual a 500 gramas. Os profissionais que atenderam os recém-nascidos em sala de parto registraram os seguintes dados: ocorrência ou não de reanimação (oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal, massagem cardíaca, cateterismo umbilical, medicações), número de profissionais que participaram do atendimento, categoria profissional (pediatra/neonatologista, residente em neonatologia, residente em pediatria, estudante de medicina, enfermeiro, técnico em enfermagem e outros) e quem coordenou cada atendimento. Os pediatras/neonatologistas, residentes em neonatologia e residentes em pediatria foram treinados pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Para análise dos resultados utilizou-se frequências absolutas e relativas e o teste t de student. **Resultados:** Dos 1009 nascidos vivos, 290 (28,7%) necessitaram reanimação. O número de profissionais em cada nascimento foi 1,49 (DP=0,61), sendo 1,80 (DP=0,54) quando houve e 1,37 (DP=0,69) quando não houve reanimação ( $p < 0,001$ ). A frequência dos profissionais nos 1009 atendimentos é descrita a seguir: pediatra/neonatologista: 600 (59,4%); residente em neonatologia: 352 (34,9%); residente em pediatria: 181 (17,9%); técnico em enfermagem: 314 (31,1%); e outros: 48 (4,7%). Nas 290 reanimações, a frequência dos profissionais foi a seguinte: pediatra/neonatologista: 168 (57,9%); residente em neonatologia: 131 (45,1%); residente em pediatria: 69 (23,8%); técnico em enfermagem: 131 (45,1%); e outros: 16 (5,5%). A coordenação das 290 reanimações foi exercida por: pediatra/neonatologista: 156 (53,8%); residente em neonatologia: 113 (39,0%); residente em pediatria: 20 (6,9%); e aluno de medicina: 1 (0,3%). **Conclusão:** Embora o número de profissionais presentes nos atendimentos aos recém-nascidos reanimados tenha sido inferior ao recomendado, em 92,8% dos casos quem coordenou a reanimação possuía formação pediátrica completa e treinamento em reanimação neonatal.

**PC 14 - FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.** Leila DC Pereira, Thaise CB Soncini, Remaclo Fischer Jr, Vanessa D Elias, Wilson Luiz, Yara R Pacheco. **MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS, SC.**

**Introdução:** A previsão antenatal da necessidade de reanimação em sala de parto pela identificação de fatores de risco é possível em mais de 50% dos nascimentos. **Objetivo:** Estudar a associação entre variáveis maternas, fetais e neonatais e necessidade de reanimação em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal, realizado de 01 de junho a 30 de outubro de 2008, em maternidade pública de referência para gestação de alto risco, incluindo nascidos vivos com peso superior ou igual a 500 gramas. Variáveis maternas, fetais e neonatais e a ocorrência ou não de reanimação (oxigênio inalatório, ventilação com pressão positiva, intubação traqueal, massagem cardíaca, cateterismo umbilical, medicações) foram registradas pelos profissionais que atenderam os recém-nascidos em sala de parto, em protocolo de coleta de dados padronizado. Para a análise da associação das variáveis estudadas com a necessidade de reanimação neonatal foi utilizado o qui-quadrado ou o teste de Fisher. **Resultados:** Dos 1009 nascidos vivos, 290 (28,7%) necessitaram reanimação. Não foi observada associação entre idade materna inferior a 20 anos ( $p=0,087$ ), paridade ( $p=0,975$ ), número de consultas pré-natais ( $p=0,584$ ), doença materna (doença hipertensiva e diabetes) ( $p=0,154$ ) e necessidade de reanimação neonatal. Houve associação entre nascimento por cesariana ( $p < 0,001$ ), apresentação anômala ( $p < 0,001$ ), presença de líquido amniótico meconial ( $p < 0,001$ ), rotura de membranas superior a 18 horas ( $p < 0,005$ ), peso ao nascer inferior a 2.500g ( $p=0,006$ ), idade gestacional inferior a 37 semanas ( $p < 0,001$ ), Apgar menor que 7 no primeiro ( $p < 0,001$ ) e no quinto minuto ( $p < 0,001$ ) e necessidade de reanimação neonatal. **Conclusão:** Os resultados confirmam a associação de fatores de risco passíveis de identificação prévia ao nascimento com a necessidade de reanimação neonatal, o que permite melhor preparo da equipe para a execução de procedimentos de reanimação mais agressivos.

**PC 15 - INCIDÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL EM UMA UTI-NEONATAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB.** Fernanda Albuquerque, Aline Sena, Elizabeth Maia. **MATERNIDADE INSTITUTO SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA - CAMPINA GRANDE, PB.**

**Introdução:** Apesar dos avanços tecnológicos de monitoração obstétrica antenatal e intraparto e também nos cuidados perinatais, ainda apresenta dificuldades quanto à redução na incidência de asfixia neonatal. Segundo a Organização Mundial de Saúde a asfixia é responsável por 19% dos 5 milhões de óbitos neonatais/ano no mundo. **Objetivo:** Identificar a incidência da asfixia perinatal nos recém-nascidos admitidos em uma UTI Neonatal do município de Campina Grande-PB. **Metodologia:** A amostra foi constituída por 87 recém-nascidos (RN) com diagnóstico de asfixia perinatal, admitidos no período de julho a dezembro de 2007. A seleção da amostra se deu através de uma pesquisa documental, sendo os dados coletados do livro de registro da UTI - Neonatal. **Resultados:** No período considerado na pesquisa foram admitidos na UTI - Neonatal 192 RN, destes 87 tiveram Apgar menor que sete no primeiro minuto (Apgar < 7), correspondendo a 45,31% da amostra. Quanto à classificação da asfixia: 34,48 % dos RN foram classificados como tendo sofrido Anóxia grave (Apgar < 3 no 1º minuto). No que se refere ao número total de óbitos, foram constatados em 77,41%. **Conclusão:** Constatamos uma elevada incidência de asfixia perinatal, podendo esta ser atribuída ao fato de que a instituição figura como a única maternidade de referência em gestação de alto risco. Novos estudos de incidência de asfixia perinatal devem ser encorajados, diante da relevância das investigações das condições que direta ou indiretamente estão relacionadas com a morbimortalidade perinatal. **Agradecimentos:** As colegas que me estimularam a dar o primeiro passo.

**PC 16 - HIPOTERMIA E REANIMAÇÃO NEONATAL: ANÁLISE DE RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.** Waldeneide F de Azevedo<sup>1</sup>, Marta Lucia de Albuquerque<sup>2</sup>, José de AB Araújo Filho<sup>1</sup>, Iluska ACM de Medeiros<sup>1</sup>, Ednaldo M Bezerra Filho<sup>1</sup>, Cinthia MV de Oliveira<sup>1</sup>, Danyelly G Silva<sup>1</sup>, Julianny S Silva<sup>1</sup>, Marta Lucia P Jácome<sup>2</sup>, Luciana CE Nascimento<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE, <sup>2</sup>CLIPSI-CLÍNICA E PRONTO SOCORRO INFANTIL HOSPITAL GERAL - CAMPINA GRANDE, PB.

**Introdução:** O primeiro passo da reanimação neonatal é manter a temperatura corporal com campos aquecidos e calor radiante. Estudos recentes consideram que a hipotermia na admissão à terapia intensiva é um fator de risco independente para a morbidade e mortalidade neonatal. **Objetivo:** Avaliar a presença de hipotermia na admissão de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal), assim como os fatores a ela associados, buscando-se analisar de forma indireta a eficácia e o impacto da primeira manobra de assistência neonatal na sala de parto. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo, realizado através do preenchimento de ficha clínica padrão entre os recém-nascidos admitidos em UTI neonatal do período de Junho a Agosto de 2008. Os dados foram analisados pelo Epi info 3.2. **Resultados:** Foram analisados 63 recém-nascidos, dentre os quais 61,1% eram do sexo masculino, 32,4% pré-termo, 60% nascidos de parto transvaginal, 49,12% apresentaram Apgar menor que 7 (1º minuto) e 36,5% foram provenientes de outro serviço hospitalar. Foi constatada na admissão a UTI neonatal hipotermia em 55,5% de todos pacientes, em 76% dos prematuros, em 65,2% dos RN que apresentaram APGAR menor que 7 e em 92% dos pacientes provenientes de outros serviços. Dentre os RN hipotérmicos na admissão, 36,6% apresentaram apnéia, 96,6% sepse neonatal precoce (contra 81% dos eutérmicos), 32% apresentaram hipoglicemia e 16,6% convulsão (contra 28,1% dos eutérmicos). Houve registro de reanimação em sala de parto em 50% dos RN, sendo que, destes, 72% estavam hipotérmicos na admissão. A mortalidade foi de 33,3% entre os hipotérmicos e 15,1% nos RN que apresentaram temperatura ideal. **Conclusão:** Observou-se uma alta prevalência de hipotermia na amostra avaliada, sendo mais freqüente entre prematuros e RN provenientes de outros serviços e estando associada à coexistência de apnéia, sepse neonatal e hipoglicemia. Destarte, a hipotermia constitui um importante fator de mau prognóstico ao associar-se a uma maior mortalidade neonatal, ratificando a necessidade da sistematização das medidas para controle da temperatura no início das manobras de reanimação.

**PC 17 - CONTROLE DE TEMPERATURA E REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS QUE EVOLUÍRAM A ÓBITO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.** Waldeneide F de Azevedo<sup>1</sup>, Marta L de Albuquerque<sup>2</sup>, José de AB Araújo Filho<sup>1</sup>, Iluska ACM de Medeiros<sup>1</sup>, Raimundo AB de Araujo<sup>1</sup>, Heliantte JB Barros<sup>1</sup>, Danyelly G Silva<sup>1</sup>, Fatima AT Saldanha<sup>1</sup>, Marta LP Jácome<sup>2</sup>, Luciana CE Nascimento<sup>2</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE; <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - CAMPINA GRANDE, PB.

**Introdução:** O primeiro passo da reanimação neonatal é manter a temperatura corporal com campos aquecidos e calor radiante. Contudo, estudos revelam que a hipotermia e a hipertermia são freqüentes na sala de parto e podem comprometer as manobras de reanimação subsequentes. **Objetivo:** Avaliar a presença de hipotermia na admissão de recém-nascidos que evoluíram a óbito em unidade de terapia intensiva neonatal (UTI neonatal), assim como os fatores a ela associados. **Metodologia:** Estudo descritivo retrospectivo dos prontuários dos 60 recém-nascidos (RN) que evoluíram a óbito em uma unidade de terapia intensiva neonatal entre os meses de Janeiro e Dezembro de 2008. **Resultados:** Foram registrados 60 óbitos dentre as 416 internações realizadas na UTI neonatal no ano de 2007, perfazendo uma taxa de mortalidade neonatal hospitalar de 14,4%. Dentre os RN que evoluíram a óbito, houve predomínio do sexo masculino (71%), 67% eram provenientes de outros serviços, 59% eram prematuros, 53% foram considerados baixo peso e 53% apresentaram APGAR menor que 5 no primeiro minuto. Do total de óbitos, 73% estiveram associadas à sepse precoce ou tardia, sendo que 65% ocorreram nos primeiros 7 dias de vida. Na admissão em UTI, foi constatada hipotermia em 50% de todos pacientes, em 76% dos prematuros e em 89% dos pacientes provenientes de outros serviços. Dentre os RN hipotérmicos na admissão, 48% apresentaram apnéia, 82% sepse neonatal precoce, 32% apresentaram hipoglicemia e 8% convulsão. Houve registro de reanimação em sala de parto em 60% dos RN, sendo que, destes, 67% estavam hipotérmicos na admissão. **Conclusão:** Observou-se uma alta prevalência de hipotermia entre os recém nascidos que evoluíram a óbito, estando a hipotermia associada a prematuridade, às condições de transporte e a coexistência de apnéia, sepse neonatal e hipoglicemia. Destarte, a hipotermia constitui um importante fator de mau prognóstico ao associar-se a uma maior mortalidade neonatal, ratificando a necessidade da sistematização das medidas para controle da temperatura no início das manobras de reanimação.

**PC 18 - PERFIL DO ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO DOS PREMATUROS TARDIOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.** Júlia BL Borten, Flávia M da Silva, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira. HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.

**Introdução:** Recém-nascidos pré-termo nascidos entre 34 semanas e 36 semanas e 6 dias de gestação são conhecidos como prematuros tardios. Nos últimos anos houve um aumento do número de partos prematuros; desse aumento, os prematuros tardios são responsáveis por mais de 50%. Esta população de recém-nascidos (RN) é pouco estudada e muitas vezes por possuir características próximas do termo, como bom peso, não recebem o cuidado adequado necessário a um prematuro em sala de parto pela equipe de cuidadores. **Objetivo:** Demonstrar o perfil de atendimento em sala de parto dos recém nascidos prematuros tardios no ano de 2008. Métodos: Análise de dados referentes a idade gestacional e reanimação (uso de oxigênio, máscara, intubação e adrenalina) utilizando a história clínica perinatal do Centro Latino Americano Perinatal (CLAP) durante o ano de 2008. **Resultados:** No ano de 2008 ocorreram aproximadamente 377 partos compreendidos entre 25 e 36 semanas e 6 dias de gestação. Destes 377 recém-nascidos, 188 foram prematuros tardios o que corresponde a 49%, sendo que 40 tinham idade gestacional entre 34 e 35 semanas, 59 entre 35 e 36 semanas e 89 entre 36 e 36 semanas e 6 dias. Entre os 188 prematuros tardios, 64 (34%) necessitaram de reanimação neonatal: 38 receberam oxigênio inalatório; 23 ventilação com pressão positiva e, apenas, 3 precisaram de intubação e/ou medicação em sala de parto. **Conclusão:** Apesar das características de recém-nascido a termo muitas vezes apresentadas por esta população, como o peso, sabe-se que os prematuros tardios apresentam maior taxa de morbimortalidade que o RN de termo tanto durante o atendimento na sala de parto quanto ao desenvolvimento nos primeiros dias de vida. Desta forma, levando em consideração a imaturidade orgânica ainda apresentada por essa população, atenção deve ser dada aos RN prematuros tardio, com cuidado especial à perda de calor, oxigenação e ventilação.

Agradecimentos: Maternidade Doutor Otto Cirne do Hospital das Clínicas da UFMG.

**PC 19 - UMA NÃO REANIMAÇÃO BEM SUCEDIDA.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Tiago LR Coelho, Flávia C Marini. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.**

**Introdução:** A decisão de reanimar ou não um recém-nascido (RN), preferencialmente, deve ser tomada antes do nascimento. O serviço de medicina fetal ao oferecer propedêutica especializada de diagnóstico fetal e acompanhamento da família por equipe multidisciplinar torna mais fácil a tomada de decisão em sala de parto em relação a malformações fetais graves. **Objetivo:** Relatar o sucesso de uma não reanimação a partir da decisão conjunta família e equipe médica. **Métodos:** Utilizou-se de depoimento médico e dados de registro do seguimento no serviço. **Resultados:** Trata-se de E.A. S, 31 anos, acompanhada no serviço de medicina fetal a partir da 24ª semana de gestação devido a oligodramnio acentuado e malformação renal. Realizou ultra-sonografias seriadas confirmando o diagnóstico fetal de agenesia renal à esquerda e rim displásico multicístico à direita, após amniocinfusão. Gestante e sua família foram acompanhadas por equipe multidisciplinar (obstetrícia, psicologia e neonatologia) durante todo o pré-natal com esclarecimento adequado do prognóstico fetal, sua irreversibilidade e a opção de não reanimação do recém-nascido em sala de parto. Ao nascimento, gestante admitida em trabalho de parto com 37 semanas e 2 dias de idade gestacional; equipe de atendimento ciente das condições fetais. Evoluiu para parto vaginal, RN nasceu hipotônico e em apnéia, sendo aquecido, aspirado, secado e apresentado à mãe. Oferecidas medidas de conforto e colocado em contato pele a pele com a mãe, com a participação da família. Família entristecida, mas tranqüila em relação à evolução do RN e a opção compartilhada com a equipe médica de não reanimação do RN. Ao exame físico, fácies sugestiva de Sequência de Potter. Criança evoluiu para óbito com cerca de 2 horas de vida. **Conclusão:** O acompanhamento pré-natal multidisciplinar permite uma tomada de decisão tranqüila e conjunta quanto à reanimação de recém nascidos portadores de malformações letais. Ao nascimento toda a equipe está integrada em relação ao prognóstico e ao atendimento da família, diminuindo a ansiedade em relação às manobras a serem realizadas.

Agradecimentos: Serviço de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da UFMG.

**PC 20 - A DECISÃO COMPARTILHADA DA NÃO REANIMAÇÃO.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Angélica SS Teixeira, Lêni M Anchieta, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Maria Eugênia da C Machado, Hanna CV de Siqueira, Ludmila MGP Ramos. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.**

**Introdução:** A opção de não reanimar um recém-nascido (RN) mal formado grave pode ser planejada antes do nascimento, com participação do obstetra, do neonatologista e da família, tendo como base informações consistentes. A inclusão do neonatologista na equipe multidisciplinar do serviço de medicina fetal pode ser um instrumento facilitador nessa tomada de decisão. **Objetivo:** Mostrar o papel da equipe multidisciplinar, especialmente do neonatologista, na abordagem das limitações terapêuticas de fetos malformados. **Métodos:** Experiência do Serviço de Medicina Fetal e Neonatologia. **Resultados:** Desde 2004 foi incluído na equipe do Serviço de Medicina Fetal um neonatologista que contribui com sua formação específica no acompanhamento pré-natal de gestantes de fetos portadores de malformações. O neonatologista participa ativamente das consultas e assim já se torna uma referência para a família. Além do acompanhamento pré-natal, passa também a participar das reuniões clínicas em que ocorrem as discussões dos casos e a contribuir nas decisões da equipe. Após essa modificação, o acolhimento das famílias se tornou mais completo, a integração das equipes de obstetrícia e neonatologia mais harmoniosa e as decisões de reanimar ou não fetos mal formados letais podem ser discutidas previamente com evidente benefício para neonato, sua família e a equipe assistencial. Especialmente para a família, o neonatologista contribui para minimizar conflitos e trabalhar sentimentos de culpa, medo e frustração dos pais. **Conclusão:** Uma equipe multidisciplinar, que além do obstetra e do psicólogo, conta também com o neonatologista e com sua experiência em cuidados neonatais, propicia decisão compartilhada de não reanimação em recém-nascidos com malformação letal grave, quando a mesma reconhece que o óbito é inevitável.

Agradecimentos: Serviço de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da UFMG.

**PC 21 - ANOMALIAS CONGÊNITAS QUE NÃO INDICAM REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO.** Flávia M da Silva, Júlia BL Borten, Lêni M Anchieta, Angélica SS Teixeira, Gabriel C Ozanan, Henrique V Leite, Antônio Carlos V Cabral, Alamanda K Pereira, Tiago LR Coelho, Ludmila MGP Ramos. **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - BELO HORIZONTE, MG.**

**Introdução:** A decisão de não reanimação em sala de parto é motivo de angústia para os profissionais envolvidos, mas também pode ser considerada como a melhor opção em casos de recém-nascidos (RN) com malformações graves. O avanço da propedêutica de imagem associado a técnicas de diagnóstico genético e metabólico têm propiciado a identificação precoce e mais precisa das anomalias congênitas possibilitando a decisão antenatal de não reanimar. **Objetivo:** Apresentar as anomalias congênitas, que identificadas durante o pré-natal, permitem a decisão antenatal de não reanimação em sala de parto em um Serviço de Medicina Fetal e Neonatologia. **Métodos:** Experiência do Serviço de Medicina Fetal e Neonatologia. **Resultados:** Padrões de malformações congênitas letais foram identificados no serviço e, em geral, se mostram semelhantes à literatura. Dentre elas encontram-se malformações do trato urinário (agenesia renal, uropatias obstrutivas e displasia renal graves com perda intra-útero de função renal); cromossomopatias (trisomia do 18 e 13); defeitos do fechamento do tubo neural (anencefalia, acrania); osteocondrodisplasias letais (osteogênese imperfeita tipo II, displasia tanatofórica, acondrogênese) e defeitos de fechamento da parede tóraco abdominal grave (síndrome do cordão curto - "body stalk"). **Conclusão:** A integração dos Serviços de Medicina Fetal e Neonatologia é uma estratégia importante no atendimento do RN com malformação letal e sua família no momento do parto. As anomalias congênitas ao serem previamente identificadas permitem a preparação da família e da equipe para receber o neonato. A equipe ciente das condições do RN e do suporte já recebido pela família pode então oferecer uma assistência adequada mesmo que isso signifique a não reanimação.

Agradecimentos: Serviço de Medicina Fetal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da UFMG.

**PC 22 - PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS COM MIELO-MENINGOCELE.** Simone AB da Silva, Maria Fernanda B de Almeida, Guilherme A Sancho, Claudia Rossi, Ana Claudia Y Prestes, Milton H Miyoshi, Sergio Cavalheiro, Antonio F Moron, Ruth Guinsburg. **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SÃO PAULO, SP.**  
**Introdução:** Os defeitos de fechamento de tubo neural incidem em 0,2-0,4/1000 nascidos vivos. Não estão descritas, na literatura, a frequência com que manobras de reanimação são necessárias ao nascimento nestes pacientes. **Objetivo:** Em recém-nascidos (RN) com mielomeningocele (MMC), determinar a frequência de procedimentos de reanimação em sala de parto. **Métodos:** Estudo transversal de nascidos com MMC entre Jan/01-Dez/08, em hospital universitário terciário. A recepção na sala de parto foi realizada por 2-3 pediatras treinados segundo o Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com o RN em decúbito lateral. A seguir, fazia-se curativo do defeito com gaze umidificada em SF 0,9% pré-aquecido, recoberto por faixa ortopédica. Coletaram-se dados demográficos e variáveis relativas à reanimação, ao aspecto da malformação e ao óbito intra-hospitalar, expressos em média (variação) ou frequência. **Resultados:** No período, nasceram 72 pacientes com MMC, todos com diagnóstico pré-natal da malformação. A derivação ventrículo-amniótica foi realizada em 8 fetos entre 25-32 semanas e a MMC foi corrigida em 4 fetos entre 25-29 semanas. O parto foi cesárea em 70 (97%) pacientes, a apresentação pélvica em 10 (13%) e o líquido meconial em 10 (13%). O peso ao nascer foi 2662g (1700-4460g), sendo 17% <2500g, e a idade gestacional foi 37 semanas (30-42 semanas). Quanto à reanimação, 62 (86%) necessitaram de algum procedimento: 44 só O2 inalatório; 18 ventilação com pressão positiva, sendo 7 intubados. O Apgar <7 no 1º e 5º minutos ocorreu, respectivamente, em 13 (18%) e 6 (8%) casos. Das 72 MMC, 27 (38%) eram rotas. Três pacientes tiveram óbito intra-hospitalar por malformação associada e/ou infecção. **Conclusão:** A necessidade de ventilação foi 4 vezes maior do que a descrita para RN a termo sem malformações. A presença de equipe treinada em reanimação neonatal e habilitada a prestar os cuidados específicos aos pacientes com mielomeningocele é fundamental para não piorar o seu prognóstico.

**PC 23 - FATORES ASSOCIADOS À HIPOTERMIA AO NASCIMENTO EM PREMATUROS.** Thatila M Rodrigues, Guilherme A Sancho, Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Milton H Miyoshi. **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - SÃO PAULO, SP.**

**Introdução:** O recém-nascido prematuro (RNPT) apresenta limitações pronunciadas da termogênese ao nascimento, podendo rapidamente desenvolver hipotermia com conseqüente morbidade e mortalidade neonatal. **Objetivo:** Determinar fatores ambientais e neonatais associados à presença de hipotermia em prematuros nascidos no próprio hospital, no momento da internação em unidade de terapia intensiva (UTI). **Métodos:** Coorte prospectiva constituída de RNPT de 23 a 34 semanas completas de gestação, peso ao nascer >400g sem malformações congênitas letais, nascidos e internados em hospital público universitário de 1/nov/08-15/mai/09. O RN foi recepcionado na sala de parto por neonatologistas treinados em reanimação neonatal segundo a Academia Americana de Pediatria/2006 e classificados conforme a presença ou ausência de hipotermia no momento da internação na UTI neonatal, definida como temperatura axilar <36°C. Os dois grupos foram comparados quanto às características maternas e neonatais, procedimentos de reanimação ao nascimento e variáveis relativas ao transporte e admissão na UTI neonatal por qui-quadrado e teste-t. **Resultados:** No período da pesquisa, nasceram 73 RN que preencheram os critérios de inclusão, sendo sete excluídos por não ser anotada a temperatura corpórea. Nos 66 pacientes estudados, 27 (41%) tiveram hipotermia. À comparação do grupo hipotermia (n=27) vs ausência de hipotermia (n=39), observou-se: síndrome hipertensiva materna (44%vs20%;p=0,03), gestação múltipla (30vs36%), anestesia peridural (59%vs82%;p=0,04), parto cesárea (74%vs90%), idade gestacional (31,0±0,7vs30,7±0,5 semanas), peso ao nascer (1438vs1584g), pequeno para idade gestacional (41vs20%;p<0,001), administração de oxigênio frio inalatório ou para ventilação (55%vs66%) e uso de sensor de oximetria (48vs54%). Quanto às variáveis ambientais, as temperaturas foram: sala de parto (24,4±1,0vs25,1±0,4°C), incubadora de transporte (36,5±0,1vs35,8±0,3°C) e UTI neonatal (27,3±0,4vs27,1±0,2°C) com tempo de chegada à UTI neonatal (18±2vs19±1 minutos). **Conclusão:** A hipotermia em RN com idade gestacional até 34 semanas é elevada à admissão na UTI neonatal, com maior frequência em filhos de mães hipertensas e/ou pequenos para a idade gestacional, mesmo que as ações atualmente preconizadas para manter a temperatura corpórea sejam realizadas ao nascer e no transporte. Apesar da temperatura adequada na sala de parto e na UTI neonatal, novas estratégias devem ser desenvolvidas para prevenir a hipotermia logo após o nascimento.  
Agradecimentos: TMR recebe bolsa PIBIC do CNPq.

**PC 24 - MORTALIDADE ASSOCIADA À ASFIXIA PERINATAL NAS CAPITAIS DE ESTADO BRASILEIRAS.** Ruth Guinsburg, Maria Fernanda B. de Almeida, Rosa MV dos Santos, Lícia MO Moreira, Lêni M Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** O planejamento de ações estratégicas para diminuir a mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal depende do conhecimento de sua distribuição em cada unidade federativa (UF) brasileira. **Objetivo:** Determinar a frequência dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia perinatal ocorridos na capital de cada UF, em 2005. **Métodos:** Estudo transversal de todos os nascidos vivos que faleceram com asfixia perinatal antes de 168 horas, no período de jan-dez/2005 em cada UF e sua capital. Os coordenadores estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (exceto PR/RS) identificaram, por busca ativa nas Secretarias de Estado da Saúde, os óbitos com diagnóstico de asfixia perinatal ou síndrome de aspiração de mecônio como causa da morte em qualquer linha da declaração de óbito (CID 10: P20.0, P20.1, P20.9, P21.0, P21.1, P21.9 ou P24.0). **Resultados:** 4.501 óbitos associados à asfixia perinatal foram detectados em 25 UF em 2005, sendo 1.621 (36%) nas capitais. Em 8 UF, mais de 50% dos óbitos com asfixia ocorreram nas capitais: RN 55%, PI 64%, AC 67%, AM 71%, GO 73%, AP 77%, RR 80% e SE 100%. Nas outras UF do Norte e Nordeste, o percentual de óbitos com asfixia ocorridos na capital variou de 20% (PA) a 50% (RO) e nos estados do Sul e Sudeste, variou de 11% (SC) a 39% (RJ). Em GO, MS e MT, das declarações pesquisadas, apenas 16, 13 e 5, respectivamente, apontavam a asfixia perinatal como causa associada ao óbito. **Conclusão:** Nota-se que, no Sul e Sudeste, a maior parte dos óbitos com asfixia ocorre no interior das UF. No Norte e Nordeste, parece haver dois fenômenos simultâneos: encaminhamento de recém-nascidos doentes às capitais e subnotificação de óbitos neonatais no interior. No Centro-Oeste, os dados indicam subnotificação de óbitos com asfixia perinatal. Desta forma, há necessidade de qualificação do atendimento perinatal no interior dos estados brasileiros. É fundamental, também, emitir as declarações de óbito e preenchê-las de forma adequada a fim de determinar as prioridades para atingir uma das metas do milênio: redução da mortalidade neonatal.

**PC 25 - CONDUTAS PRÓ-ATIVAS NO LIMITE DA VIABILIDADE FETAL: DIFERENÇAS ENTRE OBSTETRAS E NEONATOLOGISTAS.** Ruth Guinsburg<sup>1</sup>, Maria Fernanda B de Almeida<sup>1</sup>, Lílian SR Sadeck<sup>2</sup>, Sérgio TM Marba<sup>3</sup>, Lígia MSS Rugolo<sup>4</sup>, Renato M Fiori<sup>5</sup>, José Maria A Lopes<sup>6</sup>, Olga Bomfim<sup>6</sup>, Francisco E Martinez<sup>7</sup>, Renato S Procianny<sup>8</sup>. <sup>1</sup>UNIFESP, <sup>2</sup>BAM-HC-USP, <sup>3</sup>CAISM-UNICAMP, <sup>4</sup>HC-UNESP, <sup>5</sup>HSL-PUC-RS, <sup>6</sup>IFF-FIOCRUZ, <sup>7</sup>HC-USP-RP, <sup>8</sup>HC-UFRGS, REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS.

**Introdução:** Recentes estudos japoneses mostram sobrevida ao redor de 50% em neonatos com 22 semanas de idade gestacional (IG), enquanto, no Brasil, 50% ou mais de sobrevida ocorre entre 24-26 semanas, segundo dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais.

**Objetivo:** Avaliar a probabilidade de realização de condutas pró-ativas para a sobrevivência de prematuros no limite da viabilidade simultaneamente por obstetras e neonatologistas no período periparto. **Métodos:** Coorte prospectiva dos nascidos vivos com IG 22-27 semanas, sem malformações, em 8 maternidades universitárias entre jan/2006-dez/2007. Definiram-se como condutas pró-ativas: uso de corticóide antenatal acompanhado de parto cesárea (obstetra) e ventilação ao nascer se Apgar 1min. <6 (neonatologista). A análise estatística evidenciou distribuição trinomial, sendo aplicado o qui-quadrado que levou em conta zero estrutural presente, além da análise de concordância pelo kappa. **Resultados:** No período, houve 333 nascidos vivos entre 22 e 27 semanas nos 8 centros. Em 135, houve indicação isolada de corticóide antenatal ou de cesárea, não sendo incluídos no estudo. Nos 36 RN com 22-23 semanas, os obstetras indicaram corticóide e cesárea em 2 (6%) e os neonatologistas reanimaram 27 (75%) pacientes (p<0,001). Houve concordância quanto ao emprego de condutas pró-ativas em 2 (6%) e quanto a não investir em 9 (25%) casos (kappa 3,8%; IC 95% 0-21,4%). Nos 49 RN com 24-25 semanas, os obstetras indicaram corticóide e cesárea em 26 (53%) e os neonatologistas reanimaram 48 (98%) pacientes (p<0,001). Houve concordância quanto ao emprego de condutas pró-ativas em 26 (53%) e quanto a não investir em 1 caso (kappa 4,6% IC 95% 0-29,5%). Nos 113 RN com 26-27 semanas, os obstetras indicaram corticóide e cesárea em 85 (75%) e os neonatologistas assistiram 112 (99%) pacientes. Houve concordância quanto ao emprego de condutas pró-ativas em 85 (75%) e quanto a não investir em 1 caso (kappa 5,3% IC 95% 0-31,5%). **Conclusão:** Os neonatologistas investem em 69%, 45% e 24% mais casos do que os obstetras nas faixas de idade gestacional de 22-23, 24-25 e 26-27 semanas, respectivamente. A visão de viabilidade fetal difere entre obstetras e pediatras, com provável repercussão nas taxas de mortalidade observadas em nosso meio.

**Agradecimentos:** Á Adriana Sanudo pela análise estatística.

**PC 26 - PARTO CESÁREA NÃO URGENTE VERSUS VAGINAL E NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO AO NASCER.** Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Lêni M Anchieta, José Orleans da Costa, Dioclécio Campos Jr, Pesquisadores do PRN-SBP - gestão 2001-03, Lincoln MS Freire (in memoriam). **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** Há preocupação com o impacto do número crescente de cesáreas quanto à adaptação cardiorrespiratória ao nascer.

**Objetivo:** Comparar, em nascidos por parto cesárea não urgente versus vaginal, a necessidade de ventilação com balão e máscara (B&M) e de intubação traqueal (IOT) em sala de parto. **Métodos:** Coorte prospectiva dos nascidos vivos de 1-30/Set/2003 em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras. Critérios de inclusão: IG 34-41 semanas, ausência de malformações, líquido amniótico claro e nascidos por parto vaginal não instrumentado ou por cesárea não urgente (ausência de: hemorragias, prolapso de cordão, falha de indução e/ou sofrimento fetal). Os hospitais contavam com infra-estrutura para cuidado do RN de risco. 96% das crianças foram recepcionadas por pediatras treinados em reanimação neonatal. As características maternas/neonatais foram analisadas de acordo com a via de parto e os fatores associados à B&M e IOT, por regressão logística. **Resultados:** Dos 11.922 nascidos vivos, 8.189 obedeceram aos critérios de inclusão: 2.739 nascidos por cesárea não urgente e 5240 por parto vaginal. Características dos grupos cesárea vs vaginal: mães adolescentes (16 x 27%), primigestas (35 x 37%), pré-natal ausente (2 x 4%), gemelar (6 x 1%), hipertensão (27 x 7%), apresentação não cefálica (12 x 1%), IG 34-36 semanas (12 x 9%), B&M (7 x 4%), IOT (0,7 x 0,4%) e ventilação com massagem e/ou medicações (0,4 x 0,1%). À regressão, o parto cesárea não urgente, ajustado por gemelaridade, hipertensão e IG, elevou em 39% (OR 1,39; IC95% 1,10-1,77) o risco de B&M se a apresentação era cefálica. A cesárea, ajustada por hipertensão materna e IG, diminuiu a chance de IOT diante de apresentação fetal anômala (p=0,002). Para os nascidos em apresentação cefálica, a via de parto não se associou à IOT. **Conclusão:** O parto cesárea realizado em situação que não caracteriza urgência aumenta a necessidade de ventilação com B&M, o que indica a necessidade de profissional habilitado para sua execução.

**Agradecimentos:** Sem o apoio e o estímulo do Dr. Lincoln Freire, este trabalho não seria possível.

**PC 27 - DOZE RECÉM-NASCIDOS MORREM AO DIA NO BRASIL COM ASFIXIA PERINATAL.** Maria Fernanda B. de Almeida, Ruth Guinsburg, Rosa MV dos Santos, Lícia MO Moreira, Lêni M Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA.**

**Introdução:** Para planejar políticas públicas que possam efetivamente reduzir a mortalidade neonatal por asfixia e promover uma melhoria dos indicadores de qualidade de vida nacionais, é importante conhecer a sua distribuição regional. **Objetivo:** Determinar a frequência dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia perinatal em cada unidade da federação (UF), em 2005. **Métodos:** Estudo transversal, com coleta de dados retrospectiva, cuja casuística foi composta por todos os nascidos vivos que faleceram com asfixia perinatal até 168 horas de vida incompletas, no período de jan-dez/2005 em cada UF. Os coordenadores estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (exceto PR e RS) identificaram, por busca ativa nas Secretarias de Estado da Saúde, os óbitos com diagnóstico de asfixia perinatal ou síndrome de aspiração de mecônio como causa da morte, conforme CID 10, registrada em qualquer linha da declaração de óbito como P20.0, P20.1, P20.9, P21.0, P21.1, P21.9 ou P24.0. O número de nascidos vivos e de óbitos neonatais precoces de 2005 foi obtido do Datasus. **Resultados:** 4.501 óbitos associados à asfixia perinatal foram detectados em 25 UF em 2005, o que representou 19% dos óbitos neonatais precoces e 1,65 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos. Os óbitos com asfixia/óbitos neonatais precoces por região foram: Norte 14%, variando de 10% (AC) a 29% (RR); Nordeste 21%, variando de 12% (SE e AL) a 31% (RN); Sudeste 20%, variando de 15% (MG) a 26% (ES); Centro-Oeste 10%, variando de 3% (GO) a 34% (DF). Na região Sul, os dados de SC mostram 15% dos neonatais precoces associados à asfixia. **Conclusão:** Nota-se extrema variação dos percentuais de óbitos associados à asfixia perinatal no país, com dados provavelmente subestimados nas regiões norte e centro-oeste. Mesmo subestimada, observa-se a morte de 12 RN ao dia com asfixia perinatal no Brasil. Em SC, que tem o 2º melhor Índice de Desenvolvimento Humano nacional, observa-se a menor taxa de mortalidade neonatal precoce e, desses óbitos, 15% associados à asfixia perinatal, mostrando ser possível estabelecer metas para a redução das taxas vigentes.

**PC 28 - PERFIL DE CRIANÇAS REANIMADAS AO NASCIMENTO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO.** Sandra Quintela<sup>1</sup>, Maria Christina Bacelar<sup>2</sup>, André F Gusmão<sup>2</sup>, Marcela ST Mendes<sup>1</sup>, Mariana M Gomes<sup>1</sup>, Gabrielle MC Câmara<sup>1</sup>. <sup>1</sup>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, <sup>2</sup>HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO - BRASÍLIA, DF.

**Introdução:** Estima-se que 4 a 7 milhões de recém nascidos (RN) por ano precisam de algum tipo de auxílio na transição da vida intra-uterina para a extra-uterina, sendo a asfixia perinatal a principal causa de mortalidade neonatal. **Objetivos:** Descrever a população de RN que necessitou de manobras de reanimação ao nascimento. **Métodos:** Estudo descritivo transversal de todos os RN reanimados no período de 01/01/09 a 20/05/09 através de revisão de prontuários e análise estatística dos dados através do programa Epi Info 3.5. **Resultados:** No período foram reanimados 123 RN (15% dos nascidos vivos). A idade das gestantes variou entre 15 e 42 anos, com média e mediana de 27 anos. 30% realizou menos de 6 consultas de pré-natal. Eram primíparas (35%) ou secundigestas (22%) em sua maioria. O nascimento ocorreu de parto com fórceps: 6%, vaginal: 50% e cesariana: 44%. Houve líquido amniótico meconial em 34%. A média da ruprema foi 8h e a mediana foi "no ato". Não houve predomínio entre os sexos. A maioria era a termo (84%) e AIG (80%). O apgar foi menor que 3 no primeiro minuto em 15% e no quinto minuto em 4%. Foi maior que 7 no primeiro minuto em 41% e no quinto minuto em 89%. Foram transferidos para cuidados no berçário 32% e para UTIN 2,4%. A internação hospitalar variou de 1 a 52 dias, com média de 5,5 e mediana de 3 dias. As principais patologias e complicações associadas à asfixia perinatal (38%) foram: pneumonia (12%), TTRN (9%), hipocalcemia/hipomagnesemia (9%), SAM (6,5%), icterícia (6,5%), hemorragia digestiva (4,8%), pneumotórax (4%), fratura de clavícula (4%), septicemia (3,5%), hemorragia intracerebral (1,4%) e isquemia miocárdica (1,2%). O óbito ocorreu em 6,5% dos casos. **Conclusão:** Cada unidade deve conhecer o resultado de seu trabalho para estabelecer metas visando diminuir a incidência da asfixia e da mortalidade neonatal através de planejamento e gestão dos recursos disponíveis na Saúde. Os esforços precisam ser continuados para melhorar o atendimento no pré-natal e treinar reiteradamente toda a equipe nos cuidados de recepção do novo ser ao mundo. O ganho é do paciente, sua família e toda a sociedade.

**PC 29 - RECEM NASCIDOS FALECIDOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DO HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO EM 2009: 80% NECESSITARAM DE REANIMAÇÃO AO NASCIMENTO.** Sandra Quintela<sup>1</sup>, Maria Christina Bacelar<sup>2</sup>, André F Gusmão<sup>2</sup>, Marcela ST Mendes<sup>1</sup>, Mariana M Gomes<sup>1</sup>, Gabrielle MC Câmara<sup>1</sup>. <sup>1</sup>ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, <sup>2</sup>HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO - BRASÍLIA, DF.

**Introdução:** Até 60% dos RN acometidos por encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) podem vir a falecer e, entre os sobreviventes, 25% ou mais apresentarão seqüelas permanentes no SNC. A adequada assistência ao RN na sala de parto reduz estes riscos. **Objetivos:** Avaliar perfil e desfecho de RN reanimados e não reanimados ao nascimento no período de 01/01 a 20/05 de 2009. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo do banco de dados dos pacientes nascidos no hospital com o programa Epi Info 3.5. **Resultados:** No período estudado nasceram 832 crianças, e destas 123 (15%) precisaram de alguma manobra de reanimação. Tanto a idade materna, quanto a porcentagem de primigestas e secundigestas e de acompanhamento inadequado (número de consultas inferior a 6 durante a gestação) foi similar em ambos os grupos. Também foi semelhante o período de internação hospitalar, a distribuição entre os sexos e a classificação dos RN, predominando RNT e AIG. Entre as crianças reanimadas, ocorreu 7% de parto por fórceps e 44% por cesareana, enquanto no grupo não reanimado a proporção foi de 1,1% e 28,2% respectivamente. O score de Apgar no primeiro minuto foi mais baixo entre as crianças reanimadas e mais alto no quinto minuto entre as não reanimadas. No quinto minuto 99,3% das crianças não reanimadas obtiveram nota acima de 8, em comparação com 79% daquelas que receberam auxílio do neonatologista. O líquido amniótico meconial esteve mais presente nos RN reanimados (OR: 2,7 / IC 95%: 1,48 – 5,1). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à necessidade de transferência para o berçário de alto risco e para UTIN. O número de óbitos foi maior entre as crianças reanimadas (p=0.02). Oito das 10 crianças que faleceram haviam necessitado de reanimação ao nascimento. Isoladamente, no grupo que recebeu reanimação, 6,5% evoluiu para óbito, enquanto no grupo dos não reanimados somente 0,3% apresentou este desfecho. **Conclusão:** O pediatra deve estar presente em todos os partos, preparado para antecipar o nascimento de um neonato de alto risco e ser capaz de iniciar de forma adequada a reanimação neonatal. Garante-se, assim, a redução dos índices de mortalidade e seqüelas neurológicas infantis.

**PC 30 - PERFIL DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA MÉDICOS EM BRASÍLIA.** Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL.**

**Introdução:** Em 1994 a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) iniciou o Programa de Reanimação Neonatal (PRN), tendo capacitado 25.102 profissionais até 2006. Em 2008 a coordenação do programa no Distrito Federal (DF) contactou com a Secretaria de Saúde para realizar este curso junto aos pediatras da rede pública. **Objetivo:** Avaliar perfil dos Cursos do PRN aplicados em outubro e novembro de 2008. **Método:** Estudo descritivo transversal com análise do programa Epi Info 3.5. **Resultados:** Foram realizados cinco cursos no período de 28/10/2008 a 03/12/2008 e treinados 78 médicos. Predominou o sexo feminino (82%) em todas as turmas. O ano de formatura variou entre 1976 e 2008, com mediana de 2001. A clientela era composta por neonatologistas (32%), pediatras (15,4%), residentes de Neonatologia (1,3%) e de pediatria (R1 = 33,3% e R2 = 15,4%), intensivista pediátrico (1,3%) e clínico geral (1,3%). A maioria não possuía título de especialistas: 27% TEP, 7,7% TEN e 3,8% TETIP. A maioria (63%) não leu o manual entregue previamente e 40% haviam feito algum outro curso de reanimação neonatal anteriormente. A nota do pré-teste variou entre 14% e 98%, com média de 74%, enquanto o pós-teste variou entre 80% e 100%, com média de 94%. As notas do exame prático variaram entre 90% (12 pessoas) e 100% (5 pessoas), com mediana de 96% (17 pessoas). Os alunos pontuaram: a organização do curso como ótima (68%) ou boa (28%) e regular (4%); a aula teórica como ótima (74%) ou boa (26%); a atividade prática ótima (65%) ou boa (35%); o material como ótimo (66%), bom (24%), regular (6%) e ruim (4%). **Conclusão:** Apesar de não terem se preparado com a leitura prévia do material, todos os participantes conseguiram alcançar pontuação adequada para a aprovação no curso. Houve um aumento da pontuação comparando-se pré e pós-teste. Os grupos pequenos permitiam a repetição dos exercícios práticos e correção das falhas pelos seus próprios componentes. A avaliação geral foi positiva. Recomenda-se a reciclagem permanente dos profissionais para auxiliar na diminuição da mortalidade neonatal decorrente da asfixia perinatal no DF.

**PC 31 - AVALIAÇÃO DOS TESTES TEÓRICOS DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM OUTUBRO E NOVEMBRO DE 2008 EM BRASÍLIA – DF.** Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP/SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA, DF.**

**Introdução:** Em 2008 foram realizados cinco Cursos de Reanimação Neonatal no período de 28/10/2008 a 03/12/2008 e capacitados 78 médicos que atuam em sala de parto. Todos se submeteram aos testes aplicados no início e ao término das atividades. **Objetivo:** Avaliar o resultado dos testes teóricos do Curso de Reanimação Neonatal. **Método:** Estudo descritivo transversal com tratamento estatístico dos dados com o programa Epi Info 3.5. **Resultados:** Em relação ao pré-teste, todos os candidatos acertaram a questão nº 3 (“o material de reanimação neonatal deve estar preparado e verificado antes de qualquer nascimento”), 98% a nº 1 (“a seqüência correta do ABC é manter a via aérea pérvia, iniciar a respiração e manter a circulação”) e 96% a nº 4 (“a equipe mínima deve ser composta de um indivíduo que saiba iniciar todos os passos da reanimação, presente em cada nascimento”). As questões que mais causaram divergências em relação ao gabarito foram: 17 (“O volume dos balões de reanimação neonatal não deve exceder”) e 41 (“Preconiza-se, durante a massagem cardíaca do RN, ventilar com \_\_\_ movimentos/minuto e massagear com a frequência de \_\_\_ bpm”), pois somente 37% marcaram a assertiva correta. Na questão 24 (“Quais são, em seqüência, os sinais de melhora que permitem a interrupção da ventilação com pressão positiva com balão e máscara”), 40% marcaram a letra “A” (elevação da FC, melhora da cor e respiração espontânea), opção correta, e 43% marcaram a letra “C” (elevação da FC, respiração espontânea e melhora da cor). Menos de 50% dos participantes acertaram as questões 31, 46 e 48. Em relação ao pós-teste, 100% dos alunos marcaram corretamente as perguntas nº 3, 8, 9, 10, 20, 22, 30. As questões com menores índices de acerto foram a 31 (“Abaixo estão listados os 5 passos necessários para a intubação traqueal no RN. Escolha a seqüência correta”) com 72% e novamente a 17 com 70.5%. Todas as outras assertivas foram corretamente marcadas por mais de 80% dos capacitandos. **Conclusão:** No teste existem questões de taxonomia alta e baixa, exigindo a utilização da memória pelos profissionais. O treinamento contínuo proporciona êxito nas metas estabelecidas.

**PC 32 - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES PRÁTICAS DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM OUTUBRO E NOVEMBRO DE 2008 EM BRASÍLIA – DF.** Sandra Quintela, Marcelo RS das Chagas. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP/SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL - BRASÍLIA, DF.**

**Introdução:** Em 2008 foram realizados cinco Cursos de Reanimação Neonatal no período de 28/10 a 03/12 e capacitados 78 médicos que atuam em sala de parto. Todos assistiram aulas e submeteram-se a avaliações práticas dos conteúdos apresentados. **Objetivo:** Avaliar o resultado das atividades práticas do Curso de Reanimação Neonatal. **Método:** Estudo descritivo transversal com tratamento estatístico dos dados com o programa Epi Info 3.5. **Resultados:** As atividades práticas foram divididas em quatro módulos e em cada um avaliavam-se competências específicas através de um check list. A primeira aula foi sobre os passos iniciais da reanimação. Houve 100% de acerto nos itens: “separar a fonte de calor radiante”, “avaliar a frequência cardíaca no cordão” e “avaliar a cor”. O item menos observado foi “fazer estímulo tátil adequado (máximo 2 vezes)”. A segunda aula abordou ventilação com balão e máscara, onde os participantes obtiveram os menores scores, variando entre 76,9% (“testou funcionamento de balão e máscara”), 84,6% (“adaptou adequadamente a máscara na face do RN”) e 89,7% (“corrigiu a técnica, quando não houve expansão do tórax”). O terceiro módulo observou intubação traqueal e a principal inobservância foi “soubes indicar a aspiração traqueal no RN com mecônio?”. A atividade sobre massagem cardíaca e medicações obteve os melhores índices de acerto, sendo o item menos observado “demonstrou corretamente a técnica dos dois polegares?”. **Conclusão:** A ventilação com balão e máscara é o procedimento mais eficaz na reanimação do neonato na sala de parto, e seu correto manuseio foi um dos itens em que os participantes apresentaram mais dificuldades. Foi comum os participantes desejarem realizar a intubação antes da VPP, uns por a considerarem “mais fácil” (geralmente os mais experientes), outros por a considerarem “mais importante” (os recém-formados). Também consideraram que a presença de mecônio equivalia a aspiração da traquéia, mesmo em RN vigoroso. O curso foi importante para atualizar estas informações, reforçando que os passos da reanimação devem ser rigorosamente seguidos e mostrar a necessidade de reciclagem permanente.

**PC 33 - ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO E PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS NATIVOS ENCAMINHADOS À UTIN.** Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. **<sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.**

**Introdução:** o momento do nascimento é crucial para recém-nascidos (RN). O APGAR no 1º min avalia o nível de adaptação ao meio ambiente e reflete a assistência neonatal na sala de parto, enquanto o APGAR no 5º min é fator de prognóstico da saúde neurológica. **Objetivos:** conhecer os índices para avançarmos na qualidade da assistência neonatal em sala de parto de uma maternidade terciária de ensino. **Métodos:** estudo retrospectivo, período 01 de novembro de 2008 a 30 de abril de 2009. Os dados foram obtidos dos livros de nascimentos do centro obstétrico para onde são levados tanto os RN de parto vaginal como RN de parto abdominal. Critérios de inclusão: Nascidos vivos (NV), com peso ao nascer (PN) maior que 1.000g, que foram encaminhados para unidade de terapia intensiva. Critérios de exclusão: NV em ambulância ou emergência, Apgar 5º minuto ignorado, e PN < 1000g, visto que a ocorrência de extremo BP relaciona-se mais fortemente com a assistência pré-natal. Fatores analisados: idade materna, tipo de parto, sexo, peso de nascimento (PN), Apgar 1º min e Apgar 5º minuto. Análise Estatística: análise univariada, descritiva. Foi considerado anoxiado, RN com apgar ≤ 5 no 5º min de vida. **Resultados:** no período de 6 meses nasceram 2668 RN. Foram incluídos e analisados 289 RN (10,8%); 49,1% do sexo feminino e 50,9% masculino. A idade materna variou de 13 a 45 anos, sendo a maioria entre 21 a 30 anos de vida (41,17%). 182 RN nasceram de parto cesáreo (62,97%), sendo o PN entre 1.005 a 4.860 g; baixo peso 67,8%, sendo muito baixo peso 25,6%. Apenas 7,6% dos RN tiveram Apgar menor ou igual a 5 no 5º min. Destes 63% nasceram de parto vaginal; 17,93% tiveram Apgar no 1º minuto < 3, e destes, 82,07% ficaram com Apgar > 5 no 5º minuto. **Conclusão:** a grande maioria dos RN nasce sem anóxia. No momento em que se corta o cordão umbilical, a criança tem de respirar sozinha. Quando isto não se dá, o neonatologista ou profissional devidamente treinado em reanimação de agir rapidamente, pois a falta de oxigenação pode levar a seqüelas graves ou óbito. **Agradecimentos:** Doutorandos e residentes NEO-MEAC-UFC/Maio 2009.



**PC 34 - ESTUDO COMPARATIVO DA VITALIDADE AO NASCER EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE NÍVEL TERCIÁRIO. O QUE MUDOU EM 10 ANOS?** Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.

**Introdução:** a efetiva assistência ao recém-nascido (RN) na sala de parto, além de um adequado pré-natal, são fatores preditivos para a morbimortalidade perinatal por asfixia. Estudos comparativos temporais são estratégicos para orientar as políticas de saúde pública com vistas a diminuir o componente neonatal precoce das nossas altas taxas de mortalidade infantil. **Objetivo:** comparar a necessidade de reanimação em sala de parto (SP) no período de 10 anos, em uma maternidade-escola terciária. **Método:** estudo retrospectivo; os dados foram obtidos dos livros de registros do Centro Obstétrico; o período A foi de 01/10/1997 a 30/04/1998 e o período B de 01/11/2008 a 30/04/2009. Critérios de inclusão: nascidos vivos (NV) que foram encaminhados à unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) nos dois períodos. **Exclusão:** não internados na UTIN ou RN externos. Fatores analisados: Apgar 1º min  $\leq$  5, Apgar 5º min  $\leq$  5, idade materna (IM), peso ao nascer (PN) e tipo de parto (TP). Análise estatística: descritiva e comparação das proporções entre períodos. **Resultados:** dos 4376 NV no período A, 10,3% foram para UTIN contra 12,1% dos 2668 NV no período B; Apgar 1º min  $\leq$  5: 39,3% dos NV no período A X 29,1% dos NV no período B; Apgar 5º min  $\leq$  5: 15,1% período A X 11,1% período B. IM < 15 anos: 2,1% período A X 1,2% período B. IM > 15 < 20 anos: 30,1% período A X 21,1% período B. IM  $\geq$  20 < 31 anos: 45% período A X 51% período B. IM  $\geq$  31: 22,7% X 25,7%. PN < 1000g: 8,7% X 16,4%; PN > 1000g < 1500g: 15% X 21%; PN > 1500g < 2500g: 45% X 35%; PN  $\geq$  2500g: 30% X 26,9%, respectivamente nos períodos A e B. Pvaginal: 54% X 38,7%; PCesário: 46% X 61% respectivamente aos períodos A (1997/1998) e B (2008/2009). **Conclusão:** ao tempo em houve diminuição do número de partos, quase duplicou o número de RN de extremo baixo-peso; mesmo assim, diminuí o baixo valor do Apgar, principalmente no 1º minuto, indicando que a assistência ao RN na SP melhorou. A quase duplicação de cesárias pode ser explicada pela interrupção da gestação ou por aumento dos agravos à saúde materna ou por motivação sócio-comportamental. Agradecimentos: Residentes e Internos da Neo-MEAC-UFC/Maio 2009.

**PC 35 - FATORES ASSOCIADOS À NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO.** Rosabelle B Sidrim<sup>1</sup>, Maria Goretti P Barreto<sup>1</sup>, Maria Willzni S Rios<sup>1</sup>, Arianna FF Sousa<sup>1</sup>, Andréa S Gondim<sup>2</sup>, Ítalo DR Moreira<sup>2</sup>, Samuel R de Araújo<sup>2</sup>, Roberta P Barreto<sup>2</sup>, Camila R de Araújo<sup>2</sup>. <sup>1</sup>MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND-UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ; <sup>2</sup>FACULDADE DE MEDICINA-UFC - FORTALEZA, CE.

**Introdução:** a boa prática da reanimação neonatal em sala de parto é fundamental para evitar o óbito por asfixia perinatal ou suas seqüelas neurológicas. Os efeitos destes eventos são trágicos para as famílias e o Estado tem o dever de promover uma gestação e parto seguros para a mulher e seu filho. **Objetivo:** avaliar quais os fatores que estão associados à necessidade de medidas de reanimação em sala de parto de um serviço de atendimento terciário no Nordeste do Brasil. **Método:** estudo retrospectivo, realizado em uma maternidade onde nasce em torno de 25% das crianças de uma capital nordestina. Os dados foram obtidos dos livros de registros de nascimentos do centro obstétrico. Foram incluídos todas as crianças nascidas no período de 01 de outubro de 2008 a 30 de abril de 2009. Os fatores estudados foram: peso ao nascimento (PN), idade materna e sexo. Idade materna e peso foram subdivididos. A análise estatística foi descritiva e bivariada. **Resultados:** nasceram no período 2668 NV. Destes, 62% foram do sexo masculino e 48% feminino; 17,7% (N=474) nasceram de baixo peso (BP); 5% das gestantes tinham idade < 15 anos, 8,6% tinham idade  $\geq$  15 < 20; 75% delas tinha Id  $\geq$  20 e < 35 anos e 11% tinha Id  $\geq$  35 anos. Os fatores associados à necessidade de reanimação por ordem de importância foram: PN < 1000g, Idade materna < 20 anos e Peso ao Nascer  $\geq$  1000g < 1500g. O sexo não teve significância. **Conclusão:** os fatores identificados são complexos e para reverter esse quadro, seriam necessárias intervenções de grande magnitude a médio e longo prazo que elevassem os indicadores sociais como o nível de escolaridade, a qualidade de atenção à saúde reprodutiva e um maior nível de renda das famílias brasileiras. Aos gestores da saúde caberia investir nos treinamentos e capacitação em larga escala para um atendimento materno infantil de qualidade. Agradecimentos: Internos e residentes da NEO-MEAC-UFC/Maio 2009.

**PC 36 - IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCE DE TAMPONAMENTO CARDÍACO DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL SOBRE O PROGNÓSTICO NEUROLÓGICO DO RECÉM-NASCIDO.** Denize M Lourenço, Toshio S Yonamine, Valéria Q Donas, Flávio S Tinós, Madalena M Grijó, Paulo CF de Paiva. MATERNIDADE JESUS, JOSÉ E MARIA - GUARULHOS, SP.

**Introdução:** Tamponamento cardíaco (TC) é uma das causas reversíveis de parada cardio-respiratória (PCR) por assistolia. Nesta situação clínica, o diagnóstico e tratamento são decisivos. Entretanto, seu diagnóstico é difícil no período neonatal sendo baseado em sinais inespecíficos, como insuficiência respiratória e choque circulatório, requerendo alto grau de suspeita clínica. Algumas das várias causas de TC, como infecções graves, uremia e uso de cateteres venosos centrais, são muito frequentes em UTIs neonatais. **Objetivos:** descrever três casos clínicos com TC e PCR enfatizando a morbidade neurológica resultante do diagnóstico precoce e tardio do TC durante reanimação neonatal. **Resultados:** São descritas três crianças com diagnóstico TC e PCR durante o período neonatal; nascidas no período compreendido entre 32-36 semanas de idade gestacional; com peso entre 1500 e 2000g e; de parto cesáreo devido a doença hipertensiva específica da gestação, sendo duas do sexo masculino (casos 1 e 2) e a outra do sexo feminino (caso 3). O caso 1 estava com cateter percutâneo central (PICC) e o diagnóstico e tratamento de TC foram realizados 5 minutos após a PCR; o caso 2, também com PICC central, teve o diagnóstico e conduta para TC após 20 minutos do início de reanimação neonatal; o caso 3, apresentou quatro episódios de PCR associada à TC, um em vigência de cateter umbilical e outros três com PICC central e todos estes episódios foram diagnosticados e tratados com punção pericárdica com menos de 5 minutos do início da reanimação. Os três casos cursavam com septicemia e hipoalbuminemia. Os casos 1 e 3 evoluíram sem seqüelas neurológicas e atualmente estão com um ano de vida, enquanto que o caso 2 evoluiu com encefalopatia hipóxico-isquêmica, culminando com óbito três meses após. **Conclusões:** Nossos dados revelam que o diagnóstico precoce de TC durante PCR foi imperativo para o prognóstico nestes três casos. Salientamos a importância de reconhecer, durante a reanimação neonatal, fatores predisponentes para a evolução de TC, como septicemia, hipoalbuminemia, história prévia de TC e uso de cateteres venosos centrais. A presença destes fatores causais em nossos casos pode ter contribuído sinergicamente para a instalação de TC. Agradecimentos: Ao Dr. Delmar Muniz Lourenço Junior pelo auxílio na editoração do trabalho.

**PC 37 - AVALIAÇÃO DA VENTILAÇÃO PULMONAR COM BALÃO AUTOINFLÁVEL NA REANIMAÇÃO NEONATAL.** Mariana Bassani, Francisco Mezzacappa Filho, Regina Coppo, Sérgio TM Marba. **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - CAMPINAS, SP.**

**Introdução:** Reanimadores auto-infláveis apresentam limitações e a relação risco-benefício de seu uso ainda não foi estabelecida, embora diversos estudos apontem alto risco de baro e volutrauma, e hipoventilação. **Objetivos:** Avaliar a adequação da ventilação pulmonar com uso de balão auto-inflável na reanimação neonatal. **Métodos:** 172 profissionais de saúde que atuam em terapia intensiva neonatal ventilaram, com um balão auto-inflável neonatal (JG Moryia), um pulmão teste (Bio-Tek, VT-2) ajustado com parâmetros de um neonato intubado de 3 kg. Foram utilizados 4 manuseios: 5, 4, 3, 2 dedos. As variáveis utilizadas para avaliar a ventilação pulmonar foram pressão de pico (Ppico), volume corrente (Vc) e frequência respiratória (Fr). A avaliação do manuseio sobre as variáveis estudadas foi investigada por meio de análise de variância para medidas repetidas, seguida do teste post hoc perfil por contrastes. A adequação da técnica de ventilação foi analisada com estatística descritiva, e teste de Friedman foi aplicado para avaliar a influência do manuseio sobre as variáveis categorizadas. **Resultados:** Apenas Ppico foi afetada significativamente pelo manuseio. O uso de 5, 4, e 3 dedos gerou pressões maiores do que 2 dedos ( $p < 0,001$ ). Os valores das variáveis foram categorizados em 3 grupos: adequado, baixo e alto. Neste estudo, consideramos como adequados: Ppico: 20-25 cmH<sub>2</sub>O; Vc: 24-30 ml e Fr: 40-60 cpm. A maioria dos voluntários gerou valores altos de Ppico (88,4%) e Vc (73,8%). Porém, 49,4% forneceram valores baixos de Fr. Apenas 5,8%, 10,5% e 35,5% dos voluntários geraram valores adequados para Ppico, Vc e Fr, respectivamente. O manuseio não influenciou a ampla inadequação dos valores fornecidos. **Conclusão:** O uso de 2 dedos gera uma Ppico menor do que os demais manuseios. Porém, independentemente do manuseio utilizado, a grande maioria dos profissionais forneceu valores de Ppico e Vc acima dos considerados seguros, e valores de Fr abaixo do esperado. Isto reforça a necessidade de maior cautela ao se utilizar o reanimador com bolsa auto-inflável em neonatologia. **Agradecimentos:** Divisão de Neonatologia e Serviço de Fisioterapia (CAISM), Centro de Engenharia Biomédica (UNICAMP).

**PC 38 - PROPOSTA DE USO DE NOVA FIXAÇÃO PARA TUBOS ENDOTRAQUEAIS.** Messias Silva<sup>1</sup>, Cláudio D Pacheco<sup>2</sup>. **HOSPITAL ODILON BEHRENS, HOSPITAL MATER DEI - BELO HORIZONTE, MG.**

**Introdução:** Sabemos que o procedimento de fixação de tubos endotraqueais na sala de parto tem sido motivo de grande estresse para as pessoas envolvidas neste atendimento. Nem sempre se consegue fazê-la com facilidade, segurança e rapidez. Muitas vezes, durante o transporte da sala de parto para a unidade de terapia intensiva, pode ocorrer extubação acidental, o que determinará um grande risco para o pequeno paciente. **Objetivo:** Proporcionar a confecção de um dispositivo que possa facilitar a fixação do tubo na sala de parto, que seja rápido e seguro objetivando minimizar o freqüente risco que envolve tal procedimento. **Métodos:** Testes foram realizados em bonecos mostrando a praticidade e facilidade do procedimento, mantendo-se a segurança. Pela criação recente e casuística pequena, ainda não houve tempo para que pudéssemos comparar o novo método proposto com outros há anos empregados em vários serviços. No entanto, já estamos em fase de criação de um protocolo, no qual poderemos comparar os métodos empregados em diversos serviços, apesar da grande heterogeneidade destes métodos. **Resultados:** Análises e comparações futuras poderão atestar o êxito de funcionamento do método proposto. Em tese, a impressão é que o novo fixador poderá contribuir na estabilização de tubos endotraqueais. **Conclusão:** Os testes iniciais mostram que o procedimento de fixação do tubo é prático, fácil, seguro e poderá ser executado por apenas um reanimador. As imagens anexadas mostram por si mesmas os objetivos que se pretendem alcançar com o uso do novo dispositivo. **Agradecimentos:** Aos que se preocupam em melhorias para atender recém-nascidos.

**PC 39 - INTRODUÇÃO DO SERVIÇO DE FISIOTERAPIA NO AUXÍLIO DA REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.** Ana Cláudia Y Prestes, Ana Cristina Z Yagui, Luciana A Vale, Felipe S Rossi, Celso M Rebello, Alice D'Agostini Deutsch. **HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - SÃO PAULO, SP.**

**Introdução:** O preparo para a reanimação de prematuros, sua rápida estabilização e o transporte adequado para UTI neonatal tem sido um fator importante para o prognóstico desses bebês. **Objetivos:** Otimização no atendimento de prematuros em sala de parto e seu transporte até UTI neonatal. **Métodos:** Implantação de uma nova rotina em um hospital privado na cidade de São Paulo, que estabelece a presença de um fisioterapeuta, disponível 24 hora como auxiliar nos cuidados de RN prematuros na sala de parto. Quando a enfermeira obstétrica sabe que ocorrerá o nascimento de um RN com idade gestacional menor que 33 semanas solicita a presença do neonatologista e do fisioterapeuta. A função do fisioterapeuta é providenciar e checar o material necessário para ventilação, preparar o respirador enquanto o médico e a enfermeira realizam os procedimentos de reanimação. O fisioterapeuta auxilia nos procedimentos de ventilação, tanto no modo invasivo quanto no modo não-invasivo. O CPAP nasal tem sido descrito como técnica para combater a lesão pulmonar causada pela ventilação manual e pela ventilação mecânica invasiva. A presença do fisioterapeuta possibilita a rápida instalação de CPAP nasal (de 5 até 10 minutos de vida), como preconizado pela literatura, possibilitando a estabilização e transporte para a (UTI) neonatal mais rapidamente. O uso do CPAP nasal está relacionado a vários benefícios de efeitos fisiológicos devido à pressão transpulmonar positiva exercida continuamente sobre as vias aéreas. A adaptação do CPAP nasal e utilização do ventilador específico garantem uma facilidade na ventilação e transporte do prematuro. Além disso, o transporte em CPAP nasal possibilita o fechamento completo da incubadora, mantendo a temperatura no seu interior, diminuindo assim o risco de hipotermia nesses bebês. **Resultados:** A implantação da nova rotina em sala de parto facilitou o trabalho da enfermeira obstétrica e do médico na reanimação neonatal, possibilitando uma ventilação pulmonar recomendada pela literatura e estabilização da parte respiratória mais rapidamente. **Conclusão:** A implantação de outro profissional que otimize o trabalho dos médicos e enfermeiros durante a reanimação neonatal melhorou a assistência dada aos RN prematuros.

**PC 40 - IMPORTÂNCIA DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS NA REANIMAÇÃO NEONATAL.** Mônica Raiol, Alba Ikuta, Adrianna Aragão, Tinai Lima. **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SANTA CRUZ - ILHÉUS, BA.**

**Introdução:** Apesar de poucos nascimentos necessitarem de reanimação em sala de parto, no Brasil, a anóxia ainda é uma causa importante de óbito neonatal, sendo que um quinto destas mortes poderiam ser evitadas. **Objetivo:** Analisar a eficácia da reanimação neonatal, mesmo quando realizada por profissionais não médicos. **Métodos:** Estudo retrospectivo através da análise de prontuários dos nascidos em 2008 nos quais foram realizadas manobras de reanimação. As variáveis estudadas foram idade materna, paridade, realização de pré-natal, tipo e apresentação do parto, sexo, peso e idade gestacional do neonato, profissional presente no parto e manobras de reanimação realizadas. **Resultados:** A reanimação neonatal foi realizada em 0,6% dos nascimentos na maternidade. Assim, 84% destes tiveram anóxia grave e 16% anóxia moderada. Em relação às mães, observou-se que 26% foram menores de 18 anos, 63% primíparas e 84% realizaram pré-natal. O parto foi por via vaginal em 58% dos casos e em 42% por cesariana. Houve presença de mecônio em 37% dos partos; 84% tiveram apresentação cefálica e 16% apresentação pélvica, dos quais um parto gemelar foi realizado por via vaginal. Quanto aos bebês, 53% eram do sexo masculino; 63% foram a termo e 37% prematuros. Com relação ao peso, 63% tinham acima de 2500g e quanto à adequação deste com a idade gestacional, 74% foram adequados, 16% pequenos e 10% grandes. A presença do Pediatra ocorreu em 58% dos partos. Quanto às manobras de reanimação, a ventilação com pressão positiva foi realizada em 74% dos recém-nascidos. A intubação traqueal foi realizada em apenas um caso. O único óbito ocorreu cinco dias após o parto, que foi gemelar, pélvico e por via vaginal. **Conclusões:** Este estudo mostra uma realidade brasileira que é a falta do Pediatra em grande parte dos nascimentos é fato. Apesar disso, a reanimação efetiva foi realizada em 100% dos recém-nascidos que nasceram com algum grau de anóxia. Tivemos apenas um óbito que não foi durante a reanimação. Isto mostra a importância da capacitação de profissionais não médicos na reanimação neonatal, pois neste estudo só 58% dos partos tinham a presença do pediatra. **Agradecimentos:** À Maternidade Santa Helena e sua equipe pela colaboração e acolhimento.

**PC 41 - AVALIAÇÃO DO USO DE PREMEDICAÇÃO PARA INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM NEONATOS NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA DE HOSPITAL TERCIÁRIO NO PERÍODO DE MAIO A DEZEMBRO DE 2008.** Lúcia FP de Amorim<sup>1</sup>, César Passamani<sup>1</sup>, Catarina AB Pires<sup>2</sup>. **<sup>1</sup>HOSPITAL ODILON BEHRENS - BELO HORIZONTE, MG e <sup>2</sup>HOSPITAL MÁRCIO CUNHA - IPATINGA, MG.**

**Introdução:** A intubação traqueal quando bem indicada e realizada com técnica correta pode salvar vidas, quando não, pode causar uma série de complicações. Para normatizar esse procedimento foi implantado um protocolo com medicações a serem utilizadas. **Objetivos:** Avaliar a aplicação do protocolo de intubação do serviço e condições clínicas dos neonatos.

**Métodos:** Entre 01/05 e 31/12/08 coletados dados dos neonatos submetidos a intubação traqueal: idade gestacional; peso ao nascimento; gênero; Apgar no primeiro e quinto minutos; idade no dia do procedimento e avaliação clínica antes e após o procedimento; qualificação do executor; número de tentativas; medicações utilizadas antes, durante e após o procedimento. Foram excluídos do estudo neonatos com anomalias das vias aéreas, em parada cardiopulmonar e aqueles cujas mães não autorizaram sua inclusão. O protocolo da unidade para prematuros é: atropina, fentanil 2mcg/kg, não havendo condições adequadas para intubação após cinco minutos repetir o fentanil, não havendo condições adequadas rocurônio 0,6mg/kg. Neonatos a termo: atropina, fentanil 2mcg/kg, não ocorrendo sedação adequada após cinco minutos repetir o fentanil; se não obtiver condições para o procedimento midazolam 0,2mg/kg, após três minutos sem condições ideais rocurônio 0,6mg/kg. **Resultados:** Foram analisados 47 procedimentos, 29(61,7%) masculinos e 18(39,3%) femininos. Prematuros 35(74,9%), sete menores de 28 semanas. Peso ao nascer inferior a 1.500g 22(46,8%), sete inferior a 1.000g. Trinta procedimentos utilizaram o protocolo da unidade, seis necessitaram mais de duas tentativas. Dos 17 que não seguiram o protocolo dois necessitaram mais de duas tentativas. ( $p=0,69$ ). Neonatos intubados seguindo o protocolo tiveram menor incidência de bradicardia ( $p=0,029$ ). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação a taquicardia pós intubação, necessidade de sedação contínua, instabilidade hemodinâmica ou piora clínica após o procedimento. **Conclusão:** A literatura revisada, ressaltando a escassez de ensaios clínicos, mostrou benefícios no uso de atropina e bloqueadores neuromusculares, assim como contra-indicações ao uso de midazolam, para a realização da intubação traqueal em neonatos. Entretanto ainda ocorre, no serviço, resistência em relação ao uso dos primeiros e não utilização do último. O trabalho pretendeu demonstrar a segurança e eficácia do esquema proposto. Devido ao pequeno número de procedimentos não foi possível uma avaliação conclusiva, configurando a importância da sua continuidade.

**PC 42 - TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2003-2008.** Helenilce PF Costa, Sérgio TM Marba, Maria Fernanda B de Almeida, Ruth Guinsburg, Claudia Tanuri, Bettina BD Figueira, Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal em SP. **PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO.**

**Introdução:** No Estado de São Paulo, ocorrem ao redor de 600.000 partos ao ano, sendo 175.000 na capital, 130.000 na região metropolitana de SP e 300.000 no interior. Dos nascidos vivos, 6-10% necessitam de ventilação com pressão positiva em sala de parto e, se essa é realizada adequadamente, 9 em cada 10 recém-nascidos não precisam de manobras adicionais. O treinamento dos profissionais que atuam em sala de parto é, portanto, fundamental. **Objetivo:** Descrever a abrangência do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) no Estado de SP no que concerne ao treinamento de profissionais não médicos, desde a sua implantação em 2003 até 2008. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, com coleta prospectiva de dados, cuja casuística foi composta por todos os cursos de reanimação neonatal destinados a profissionais não médicos e ministrados por instrutores credenciados pelo PRN-SBP no Estado de SP entre Nov/2003-Dez/2008. Os dados, para cada curso ministrado, se referem a: região (capital, região metropolitana e interior), característica do hospital (público ou conveniado), alunos aprovados e profissão dos alunos (enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem). **Resultados:** No total, foram realizados 311 cursos no período (9 em 2003, 39 em 2004, 75 em 2005, 38 em 2006, 76 em 2007 e 74 em 2008), em 49 municípios do Estado. Dos 311 cursos, 137 foram na Capital, 53 na região metropolitana de SP e 121 no interior do Estado, sendo 50%, 86% e 70% respectivamente em hospitais públicos. Esses cursos aprovaram 4491 profissionais não médicos: 2081 alunos na capital (47% enfermeiros e 45% técnicos/auxiliares de enfermagem); 774 alunos na região metropolitana (29% enfermeiros e 64% técnicos/auxiliares) e 1636 no interior (39% enfermeiros e 51% técnicos/auxiliares). Cada curso foi realizado em média para 15 alunos, variando entre 3-62. **Conclusão:** O PRN-SBP está cumprindo suas metas em São Paulo ao treinar um grande número de profissionais que trabalha nas salas de parto do Estado. Há, ainda, necessidade de ampliar o número de treinados no interior do Estado. A presença do profissional treinado em ventilação na sala de parto pode ajudar a reduzir a mortalidade de recém-nascidos com asfíxia perinatal.

**Agradecimentos:** À Adriana Oliveira da Silva, secretária executiva da SPS, pela compilação dos dados.

**PC 43 - IMPACTO DO PROGRAMA DE REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA (RPMP) SOBRE A OCORRÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL NA CIDADE DE SÃO PAULO.** Lílian SR Sadeck, Geny MM Yao, Clea R Leone. **REDE DE PROTEÇÃO À MÃE PAULISTANA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, SÃO PAULO - SP.**

**Introdução:** A melhoria das condições de nascimento do recém-nascido (RN) num determinado local é decorrente de intervenções direcionadas a qualidade de pré-natal, garantia do local de parto e atenção no momento do parto. **Objetivo:** Avaliar o impacto sobre a ocorrência de asfixia perinatal e fatores relacionados em maternidades que participam da RPMP (SMS). **Metodologia:** Coorte, utilizando-se o banco de dados (CEInfo,2008), 2005 e 2008. A RPMP, pactuada em 2006, é formada por 37 maternidades. Foram incluídos os RN, destas unidades, admitidos em 2005 e 2008. Foram excluídos os com Apgar ignorado, com idade gestacional(IG) abaixo de 22 semanas e peso de nascimento(PN) menor do que 500 gramas. Na análise do impacto do programa, comparou-se a incidência de Apgar 1'<4 e a recuperação do Apgar de 5'(>=4) nos dois períodos. Para análise dos fatores de risco comparou-se a ocorrência de Apgar 1'<4 utilizando-se como referência os com Apgar 1'>=4 em 2005 e 2008. Fatores: idade materna (< 20 e >=20 anos), pré-natal (ausente e >6 consultas), escolaridade materna (sem instrução e >7 anos), parto (cesárea e vaginal), sexo (masculino e feminino) e PN: baixo peso (BP<2500g), muito baixo peso (MBP<1500g) e muitíssimo baixo peso (MMBP<1000g) e pré-termo (PT):PT-1 (IG:22-28 sem), PT-2 (IG:29-31 sem), PT-3 (IG:32-36 sem). Foram comparados a presença de fatores de risco entre os dois períodos. **Estatística:** Qui-quadrado, análise univariada e risco relativo (RR), intervalo de confiança de 95% (IC95%). **Significância:** p< 0,05. **Resultados:** Admitidos 110355 NV em 2005 e 105872 em 2008. Excluídos 455 (0,4%) e 1752 (1,7%) em 2005 e 2008, respectivamente. Incluídos 109900 em 2005 (G1) e 104120 em 2008 (G2). A prevalência de Apgar 1'<4 de 2,32 % no G1 e 2,18% no G2(p=0,024) e a recuperação do Apgar 5ºmin de 85,7% e 87,1%, no G1 e G2 (p=0,17). Nos dois períodos os fatores associados ao Apgar 1'<4 foram semelhantes, sendo significativos na análise univariada (p<0,01) e RR(IC95%): ausência de pré-natal e escolaridade;cesárea;masculino;BP;MBP; MMBP;PT-1;PT-2 e PT-3. Em 2008 houve maior frequência de pré-natal (>6consultas) (G1-57,9%,G2-61,3%;p<0,001), maior escolaridade materna (G1-55,1%,G2-69,5%;p<0,001) e mais cesárea (G1-31,7%,G2-32,5%;p<0,001). **Conclusão:** Após a implantação da RPMP houve uma menor prevalência de asfixia perinatal, decorrente de maior frequência ao pré-natal e melhora da escolaridade materna. É provável que a garantia do local do parto, base do Programa, tenha contribuído para essa redução. Fatores associados ao Apgar 1'<4 importantes são: menores PN e IG.

**PC 44 - ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL NO CONTEXTO DO AIDPI NEONATAL NO PARÁ.** Rejane S Cavalcante<sup>1</sup>, Rosa V Marques<sup>2</sup>, Maria Florinda P de Carvalho<sup>1</sup>, Aurimery G Chermont<sup>1</sup>, Maria das Mercedes Sovano<sup>3</sup>, Marcia W Anaisse<sup>1</sup>, Ozaneide C Gomes<sup>4</sup>, Mariane F Cordeiro<sup>2</sup>, Denis OG Cavalcante Junior<sup>1</sup>, Maria Fernanda B de Almeida<sup>5</sup>. <sup>1</sup>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ E MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA, <sup>2</sup>UEPA, <sup>3</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, <sup>4</sup>SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ - BELÉM, PA e <sup>5</sup>UNIFESP - SÃO PAULO, SP.

**Introdução:** A capacitação de profissionais envolvidos no atendimento em sala de parto é decisiva para a sobrevivência do recém-nascido, especialmente nas áreas menos desenvolvidas do país. **Objetivo:** Comparar o conhecimento de médicos e enfermeiros sobre reanimação neonatal antes, ao término e 15 meses após o treinamento em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal. **Método:** Coorte prospectiva com 31 médicos e 61 enfermeiros provenientes de 46 municípios do interior do Pará, que realizaram treinamento (24h) em AIDPI Neonatal (OMS/OPAS, 2000), de out/05-set/08. Parte do treinamento consistiu em aulas teórico-práticas (6h) em reanimação neonatal ministradas por 6 pediatras instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). Os participantes responderam a 11 testes de múltipla escolha e 1 pergunta direta sobre reanimação neonatal, antes (T0), ao término (T1) e 15+3 meses após o treinamento (T2) em AIDPI Neonatal. Comparou-se os acertos (mín.-máx.:0-100) entre os profissionais nos 3 períodos por ajuste de um modelo de ANOVA com medida repetida. **Resultados:** Os médicos eram graduados há 17+2 anos e os enfermeiros há 9+1 ano (p<0,001). Os médicos tiveram 54, 75 e 72 acertos e os enfermeiros 40, 68 e 60, respectivamente, em T0, T1 e T2. Os dois grupos revelaram o mesmo comportamento de acertos ao longo do tempo. A média de acertos dos médicos foi maior do que a dos enfermeiros em T0 (p=0,001) e T2 (p=0,002), mas semelhante em T1. Entre os médicos houve acréscimo nos acertos de T0 para T1 (p<0,001) e de T0 para T2 (p<0,001), mantendo-se entre T1 e T2. Os enfermeiros também tiveram acréscimo de acertos de T0 para T1 (p<0,001) e de T0 para T2 (p<0,001), mas com decréscimo de T1 para T2 (p=0,015). **Conclusão:** Médicos e enfermeiros que atuam nas salas de parto do interior do Pará revelam pouco conhecimento sobre reanimação, com melhora ao término do treinamento em AIDPI Neonatal. Embora esses profissionais tenham alcançado conhecimento semelhante ao término do curso, os enfermeiros pioram após o treinamento, indicando a necessidade de cursos periódicos e específicos sobre reanimação neonatal, conforme preconizado pelo PRN-SBP.

Agradecimentos: Universidade do Estado do Pará, SBP, SPP, Secretaria Estadual de Saúde do Pará e OPAS.

**PC 45 - EVOLUÇÃO CLÍNICA INTRA-HOSPITALAR DE RNMBP COM DEPRESSÃO RESPIRATÓRIA PERINATAL.** Claudia RS Maia<sup>1</sup>, Nívia MR Arrais<sup>1</sup>, Rosa MV dos Santos<sup>2</sup>. <sup>1</sup>DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE, <sup>2</sup>MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCIO - NATAL, RN.

A necessidade de ventilação na sala de parto caracteriza um grupo de recém-nascidos com depressão respiratória perinatal. Essa condição pode ser determinante de maior agravo na evolução clínica desses pacientes, sobretudo para aqueles com muito baixo peso ao nascer (RNMBP). Foram acompanhados 114 RNMBP do nascimento a alta hospitalar de maternidade que adota o Programa de Reanimação Neonatal. As variáveis categóricas e numéricas foram analisadas para os neonatos que necessitaram ou não de ventilação na sala de parto, através do Teste de Fisher e Teste t, respectivamente. Dos 114 neonatos com peso ao nascer abaixo de 1500g, 40(33,6%) necessitaram de ventilação com pressão positiva na sala de parto. A depressão respiratória perinatal não mostrou associação positiva com a desnutrição ao nascimento (z score < -2), displasia broncopulmonar, tipo de parto, sexo, nº de consultas pré-natais e anormalidades no ultrassom de crânio. Houve associação positiva com o Apgar abaixo de sete no 5º minuto de vida (p<0,05). Os RNMBP ventilados na sala de parto não ficaram mais tempo em jejum, nem demoraram mais para recuperar o peso de nascimento, não ficaram mais tempo em ventilação mecânica nem em oxigenioterapia, porém ficaram mais dias na UTIN (p=0,04) e tiveram período mais longo de hospitalização (p=0,02). A depressão respiratória perinatal ocorreu nos RNMBP com menores valores de Apgar no 5º minuto de vida que ficaram por mais tempo hospitalizados.

**PC 46 - FATORES PERINATAIS ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO AO NASCER EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS TARDIOS E DE TERMO EM MATERNIDADE PARTICULAR.** Edinéia V Lima, Cecília M Draque, Ana Cláudia Soares, Monica V Carceles, Maria Angela Saraiva, Wilma R Tavares, Flávia LS Pinto, Heike Mori, Débora PM Oliveira, Eduardo R Amaro. **PRO MATRE PAULISTA - SÃO PAULO, SP.**

**Introdução:** É importante prever quais recém-nascidos possuem risco aumentado de dificuldades na transição cardiorrespiratória ao nascer para disponibilizar atendimento adequado. **Objetivo:** Analisar fatores perinatais associados à realização de ventilação com pressão positiva ao nascer em prematuros tardios e RN de termo. **Método:** Coorte prospectiva de RN com idade gestacional (IG) 34-41 semanas, sem malformações, nascidos de 1/jan-6/dez/2006 em maternidade privada na qual as mães recebem cuidado pré-natal por obstetra de livre escolha. A assistência na sala de parto foi realizada por neonatologistas e enfermeiros treinados em reanimação neonatal conforme normas da Sociedade Brasileira de Pediatria. Coletaram-se dados relativos a características maternas, neonatais e assistência na sala de parto. Foram constituídos 2 grupos de RN: Não Ventilados e Ventilados (se ventilação com balão auto-inflável por máscara facial ou cânula traqueal). Os dois grupos foram comparados por qui-quadrado e odds ratio e Intervalo de confiança 95%. **Resultados:** Dos 5.729 RN incluídos no estudo, 147 (2,6%) foram ventilados ao nascer. Desses, 142 receberam ventilação com balão e máscara, 7 foram ventilados somente com balão e cânula traqueal e 5 com máscara seguida de cânula traqueal. Características dos 147 RN ventilados vs 5.582 RN não ventilados: mães >35 anos (17 vs 18%), primigestas (63 vs 45%), gestação dupla (7 vs 5%), hipertensão (5 vs 6%), diabetes (3 vs 3%), apresentação não cefálica (8 vs 4%), cesárea (84 vs 88%), IG 34-36 semanas (16 vs 8%), baixo peso (12 vs 5%), PIG (12 vs 10%) e masculino (52 vs 51%). A análise univariada mostrou associação de gestação dupla (OR 2,62; IC95% 1,35-5,09), idade gestacional (34 vs 40 semanas - OR 8,52; IC95% 3,08-23,73) e peso (1500-2499g vs 2500-3999g - OR 2,11; IC95% 1,19-3,69) com a ventilação ao nascer. **Conclusão:** Em maternidade particular com assistência pré-natal conveniada e a maioria dos partos cesárea entre 34 e 41 semanas, a necessidade de ventilação ao nascer é baixa. Recém-nascidos gemelares e/ou de menor IG e/ou de baixo peso apresentam risco aumentado de dificuldades na transição cardiorrespiratória ao nascer. Fluxogramas de atendimento na sala de parto a esses grupos devem ser desenvolvidos em maternidades com características similares à estudada.

**PC 47 - REDUÇÃO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.** Filomena B de Mello, Helenilce de PF Costa, Maria Eunice Reis, Jamir C Silva, Sergio RP Oliveira, Suely D do Nascimento, Celia M Di Giovanni, Silvana D. Maccagnano, Milton H. Miyoshi, Eduardo R Amaro. **HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA JOANA - SÃO PAULO, SP.**

**Introdução:** A intubação traqueal na sala de parto está associada a elevado risco de complicações e depende da habilidade e experiência do pediatra. Dessa maneira, esforços devem ser feitos para a sua redução, em especial no recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP). **Objetivo:** Comparar a aplicação de ventilação com balão auto-inflável e cânula orotraqueal ao nascimento em RNMBP em dois períodos. **Método:** Coorte prospectiva constituída dos nascidos em maternidade particular entre 23-36 semanas completas de gestação e peso ao nascer 401-1500g, de 1/Jan/05-31/Dez/08. As mães receberam assistência pré-natal por obstetra de livre escolha e os RN foram recepcionados por neonatologistas e enfermeiros treinados em reanimação neonatal conforme normas da Sociedade Brasileira de Pediatria, não sendo realizado CPAP ou surfactante na sala de parto. Foram coletadas características maternas, neonatais e da assistência na sala de parto, sendo comparados os pacientes nascidos em 2005-2006 e os nascidos em 2007-2008, por qui-quadrado, odds ratio e intervalo de confiança 95%. **Resultados:** No período de estudo, 594 prematuros preencheram os critérios de inclusão, 287 pacientes em 2005-2006 e 307 em 2007-2008. A comparação entre os dois períodos (2005-2006 vs 2007-2008) evidenciou características maternas e neonatais semelhantes: gemelaridade (29 vs 29%), corticóide antenatal (68 vs 73%), parto cesáreo (85 vs 87%), idade gestacional (28,4+3,0 vs 28,7+3,0 semanas), peso ao nascer (1049+308g vs 1062+293g), sexo masculino (48 vs 50%), Apgar no 1º minuto (5,9+2,3 vs 6,0+2,3) e Apgar no 5º minuto (7,9+1,6 vs 7,9+2,3). Entretanto a assistência ventilatória na sala de parto foi diferente: a ventilação com balão auto-inflável por cânula orotraqueal foi realizada em 165 (58%) pacientes em 2005-2006 e em 130 (42%) pacientes nos anos de 2007-2008 ( $p < 0,0001$ ). No segundo período, a chance do RN ser intubado para a ventilação ao nascer foi 44% inferior à do primeiro período (OR 0,56; IC 95%: 0,40-0,79). Nos dois períodos, a frequência de massagem cardíaca e/ou medicações foi semelhante (4%). **Conclusão:** A avaliação continuada das práticas clínicas em sala de parto permitiu detectar a redução da intubação orotraqueal para ventilar o RNMBP no decorrer do tempo, com possibilidade de diminuição do risco de complicações associadas a esse procedimento.

**PC 48 - REANIMAÇÃO NEONATAL E TAXAS DE LETALIDADE DE RECÉM-NASCIDOS DE EXTREMO BAIXO PESO NO BRASIL.** Tulio Konstanyner<sup>1</sup>, Thais CR de Oliveira<sup>2</sup>. **<sup>1</sup>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, <sup>2</sup>FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA-UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - SÃO PAULO, SP.**

**Introdução:** a reanimação de um extremo baixo peso torna-se controversa com a diminuição do peso ao nascer e idade gestacional pela maior probabilidade de morte, implicando em discussão ética quanto ao início da reanimação na sala de parto. **Objetivos:** estimar a prevalência e letalidade infantil e neonatal de recém-nascidos (RN) de extremo baixo peso no Brasil, com propósito de oferecer recursos para tomada de decisão no atendimento na sala de parto. **Métodos:** estudo seccional dos RN de extremo baixo peso no período de 2001 a 2006 no Brasil. Foram calculadas as taxas de letalidade infantil e neonatal precoce e tardia. Para os cálculos, foram utilizados número de óbitos e número de RN de extremo baixo peso ao nascer. Os dados foram coletados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde. Para a análise dos dados foi utilizado o programa Excel 2007. **Resultados:** a prevalência de recém-nascidos de extremo baixo peso, excluindo os nascidos vivos de peso ignorado, foi de 0,44% (N=72.228), não apresentando variação significativa na análise individual dos anos. A taxa de letalidade infantil (< 1 ano) e neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardia (7 a 27 dias) foram de 69,7%, 55,2% e 9,9%, respectivamente. As maiores taxas estiveram diretamente relacionadas com as faixas de menor peso ao nascer e menor idade gestacional. **Conclusão:** a despeito da literatura corroborar o fato de que a reanimação não deva ser indicada em idade gestacional inferior a 23 semanas ou peso ao nascer abaixo de 400g, os resultados apresentados oferecem subsídios para a execução da reanimação na sala de parto deste grupo de risco, uma vez que a taxa de letalidade, apesar de elevada, não atingiu 100% em nenhum subgrupo estudado. Entretanto, tais conclusões podem estar limitadas pela falta de completude dos sistemas de informação e pela não investigação de fatores associados com prognóstico favorável, como exposição a corticoterapia antenatal. Portanto, apenas a utilização de um conjunto de indicadores pode subsidiar com mais precisão a decisão em administrar cuidados intensivos em RN de extremo baixo peso ao nascer.

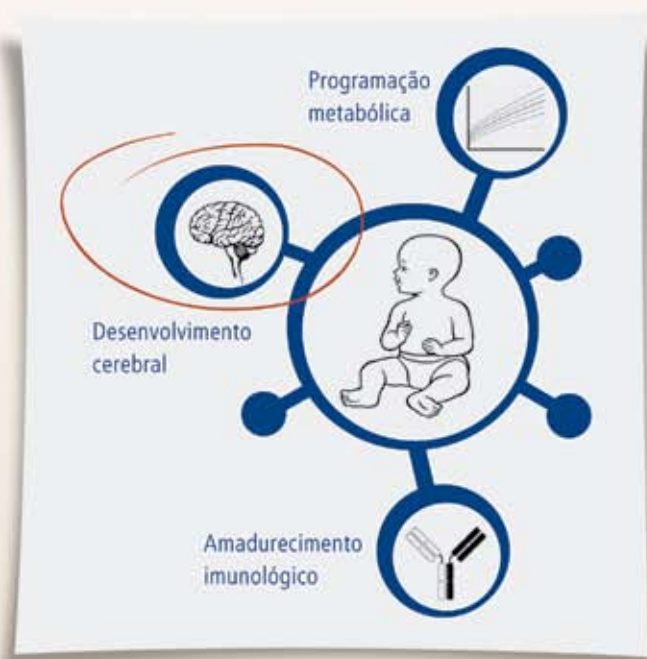
**PC 49 - NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO TRAQUEAL NA REANIMAÇÃO DO PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO E FATORES ASSOCIADOS.** Lígia MSS Rugolo<sup>1</sup>, Maria Regina Bentlin<sup>1</sup>, Adriana Saito<sup>1</sup>, Grasiela Bossolan<sup>1</sup>, Antonio Rugolo Junior<sup>1</sup>, Miriam Hashimoto<sup>1</sup>, Líciana VA Silveira<sup>2</sup>, Solange R Daher<sup>1</sup>, Leila R Rodrigues<sup>1</sup>, Jose Carlos Peraçoli<sup>1</sup>. <sup>1</sup>FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA, <sup>2</sup>INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS DE BOTUCATU-UNESP - BOTUCATU, SP.

**Introdução:** A frequência de reanimação neonatal e a intensidade das manobras são diretamente relacionadas ao grau de prematuridade. Em prematuros as taxas de intubação traqueal são variáveis e geralmente elevadas, mas os fatores associados a esse procedimento não são conhecidos. **Objetivo:** Avaliar a frequência de intubação traqueal e os fatores associados à necessidade desse procedimento na reanimação do prematuro de muito baixo peso (PT-MBP) em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, em um Hospital Universitário, envolvendo todos os PT-MBP nascidos vivos no período de 2006 a 2008. Incluídos no estudo os que necessitaram de alguma manobra de reanimação em sala de parto. Não houve critério de exclusão. Foi investigada a associação de fatores gestacionais (pré-natal, doenças, uso de corticóide, gestação múltipla) perinatais (tipo de parto) e do recém-nascido (peso e idade gestacional) com o desfecho de interesse: realização de intubação traqueal na reanimação. Utilizou-se o Qui-quadrado e teste t de Student na comparação de grupos, e a análise multivariada com regressão logística para identificar fatores independentes de risco para intubação traqueal. **Resultados:** Nasceram vivos 265 PT-MBP dos quais 221 foram reanimados e estudados, sendo constituídos 2 grupos: intubados (n=120) e não intubados (n=101). O grupo intubado teve menor idade gestacional (27 x 30 semanas) e peso ao nascer (865 x 1280g). Ausência de pré-natal, hemorragia ante-parto e Apgar baixo no 1o e 5o minutos foram significativamente mais frequentes nos intubados. Doenças gestacionais, uso de corticóide ante-natal, tipo de gestação e de parto não diferiram entre os grupos. A regressão logística mostrou que a idade gestacional (OR: 1,72 IC95%: 1,44-2,05) e o parto cesáreo (OR: 3,52 IC 95%: 1,50- 8,27) foram fatores independentes de risco para intubação. **Conclusão:** A intubação traqueal é muito frequente na reanimação do PT-MBP, não é influenciada diretamente por fatores gestacionais, mas está associada ao grau de prematuridade e nascimento por cesariana. **Agradecimentos:** Equipe de enfermagem neonatal.

**PC 50 - EVOLUÇÃO NEONATAL DE PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO REANIMADOS E INTUBADOS EM SALA DE PARTO.** Lígia MSS Rugolo, Maria Regina Bentlin, Miriam Hashimoto, Antonio Rugolo Junior, Saskia MW Fekete, João C Lyra, Ana KC de Luca, Geraldo HS Silva, Alice Kiy, Glauce R Fernandes. **FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU DA UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - BOTUCATU, SP.**

**Introdução:** A intubação na reanimação do prematuro de muito baixo peso (PT-MBP) traduz maior gravidade do recém-nascido, gerando preocupação com pior prognóstico. **Objetivo:** Investigar se a intubação traqueal na reanimação do prematuro de muito baixo peso (PT-MBP) está associada com maior morbidade e mortalidade neonatal. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, em um Hospital Universitário, envolvendo todos os PT-MBP nascidos vivos no período de 2006 a 2008. Incluídos no estudo os que necessitaram de alguma manobra de reanimação em sala de parto. Não houve critério de exclusão. Controlando-se o efeito da idade gestacional, foi investigada a associação da intubação na reanimação com a mortalidade e presença de doenças neonatais. Realizada análise univariada com os testes t de Student e Qui-quadrado, seguida de análise multivariada com regressão logística. **Resultados:** Nasceram vivos 265 PT-MBP dos quais 221 foram reanimados e estudados. Intubação traqueal ocorreu em 120 prematuros, com idade gestacional média de 27 semanas e peso de 865g, significativamente menores que os não intubados (30 semanas e 1280g). Ventilação mecânica foi significativamente mais frequente nos intubados (96% x 49%). A intubação não influenciou no risco de óbito, mas associou-se com maior risco de sepse precoce (OR: 2,22; IC95%: 1,00-4,95); síndrome do desconforto respiratório (OR: 4,53; IC95%: 1,81-11,30); uso de surfactante (OR: 5,95; IC95%: 2,98-11,88); persistência do canal arterial (OR: 2,71; IC95%: 1,44-5,11); displasia broncopulmonar aos 28 dias (OR: 3,26; IC95%: 1,79-5,94); hemorragia periintraventricular (OR: 2,94; IC95%: 1,53-5,65) e convulsão (OR: 4,83; IC95%: 2,18-10,70). **Conclusão:** A intubação traqueal na reanimação do PT-MBP alerta para pior prognóstico, pois embora não seja fator de risco para mortalidade, aumenta muito a morbidade neonatal. **Agradecimentos:** Líciana VA Silveira pela análise estatística.

O primeiro ano  
de vida  
dura para  
sempre.



75% do desenvolvimento do cérebro ocorre ao longo dos dois primeiros anos de vida.<sup>1</sup>

Carências nutricionais nesse período podem ter conseqüências irreversíveis, uma vez que os circuitos cerebrais estão em formação.<sup>2,3</sup>

Concentrações ideais de proteínas, DHA, ARA e micronutrientes como ferro e zinco são fundamentais para o adequado desenvolvimento cerebral do lactente.<sup>3-5</sup>

**Nestlé Nutrition: Expertise em Nutrição Infantil**  
Tecnologia exclusiva no desenvolvimento de Fórmulas Infantis com proteína otimizada.\*



Melhorando a qualidade de vida

Referências Bibliográficas: 1. Rogh E, de Osis M, Garcia C et al, WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Construction of the World Health Organization child growth standards: selection of methods for attained growth curves. Stat Med. 2006 Jan 30;25(2):247-63. 2. Rapoport J, Gogtay N. Brain neuroplasticity in healthy, hyperactive and psychotic children: insights from neuroimaging. Neuropsychopharmacology 2008;33:181-197. 3. Georgell MK. Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. Am J Clin Nutr. 2007 Feb;85(2):614S-620S. 4. Ivers SM. Fatty acids and early human development. Early Hum Dev. 2007 Dec;83(12):761-6. 5. Lucif B. Iron deficiency and child development. Food Nutr Bull. 2007 Dec;28(4 Suppl):S560-71. 6. American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition. Formula Feeding of Term Infants. In: Pediatric Nutrition Handbook, 5th ed. 2004; pp 87-97.

NOTA IMPORTANTE: AS GESTANTES E NUTRIZES PRECISAM SER INFORMADAS QUE O LEITE MATERNO É O IDEAL PARA O LACTENTE, CONSTITUINDO-SE A MELHOR NUTRIÇÃO E PROTEÇÃO PARA ESTAS CRIANÇAS. A MÃE DEVE SER ORIENTADA QUANTO À IMPORTÂNCIA DE UMA DIETA EQUILIBRADA NESTE PERÍODO E QUANTO À MANEIRA DE SE PREPARAR PARA O ALEITAMENTO AO SEIO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE DA CRIANÇA OU MAIS. O USO DE MAMADEIRAS, BICOS E CHUPETAS DEVE SER DESENCORAJADO, POIS PODE TRAZER EFEITOS NEGATIVOS SOBRE O ALEITAMENTO NATURAL. A MÃE DEVE SER PREVENIDA QUANTO À DIFICULDADE DE VOLTAR A AMAMENTAR SEU FILHO UMA VEZ ABANDONADO O ALEITAMENTO AO SEIO ANTES DE SER RECOMENDADO O USO DE UM SUBSTITUTO DO LEITE MATERNO, DEVEM SER CONSIDERADAS AS CIRCUNSTÂNCIAS FAMILIARES E O CUSTO ENVOLVIDO. A MÃE DEVE ESTAR CIENTE DAS IMPLICAÇÕES ECONÔMICAS E SOCIAIS DO NÃO ALEITAMENTO AO SEIO - PARA UM RECÉM-NASCIDO ALIMENTADO EXCLUSIVAMENTE COM MAMADEIRA SERIA NECESSÁRIA MAIS DE UMA LATA POR SEMANA, DEVE-SE LEMBRAR À MÃE QUE O LEITE MATERNO NÃO É SOMENTE O MELHOR, MAS TAMBÉM O MAIS ECONÔMICO ALIMENTO PARA O LACTENTE. CASO VENHA A SER TOMADA A DECISÃO DE INTRODUIR A ALIMENTAÇÃO POR MAMADEIRA É IMPORTANTE QUE SEJAM FORNECIDAS INSTRUÇÕES SOBRE OS MÉTODOS CORRETOS DE PREPARO COM HIGIENE RESSALTANDO SE QUE O USO DE MAMADEIRA E ÁGUA NÃO FERVIDAS E DILUIÇÃO INCORRETA PODEM CAUSAR DOENÇAS. OMS - CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZAÇÃO DE SUBSTITUTOS DO LEITE MATERNO. WHA 34.22, MAIO DE 1981. PORTARIA Nº 2.051 - MS DE 08 DE NOVEMBRO DE 2001. RESOLUÇÃO Nº 222 - ANVISA - MS DE 05 DE AGOSTO DE 2002 E LEI 11.265/06 DE 04.01.2006 - PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA - REGULAMENTAM A COMERCIALIZAÇÃO DE ALIMENTOS PARA LACTENTES E CRIANÇAS DE PRIMEIRA INFÂNCIA E TAMBÉM A DE PRODUTOS DE PUERICULTURA CORRELATOS.

[www.nestle.com.br/nutricao infantil](http://www.nestle.com.br/nutricao infantil)

Serviço de Atendimento Nutrição Infantil ao Profissional de Saúde: 0800-7701599

\* Quantidade e qualidade de proteína mais próximas do padrão de referência.



APOIO

PASSAGENS E HOSPEDAGEM

INSCRIÇÕES

REALIZAÇÃO

PROMOÇÃO



Melhorando a qualidade de vida

**LBM Viagens e Turismo**

Tel (21) 3506-1550

Fax (21) 3515-1999

eventos@lbmviagens.com.br

www.lbmviagens.com.br

**EKIPE DE EVENTOS**

Tel (41) 3022-1247

ekipe@ekipedeeventos.com.br



**SOPERJ**  
Sociedade de  
Pediatría do  
Estado do  
Rio de Janeiro

