

4º SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE REANIMAÇÃO NEONATAL



**PROGRAMA
E ANAIS**

**08 A 10 DE
SETEMBRO
DE 2011**

GRANDHYATT SÃO PAULO

Av. Nações Unidas, 13.301 - São Paulo

MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SBP

Caros (as) Pediatras

É grande a satisfação de recebê-los no 4º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal nesta magnífica Cidade de São Paulo.

Considerado o maior evento da Reanimação Neonatal realizado no país, sua participação é ideal para a atualização profissional nas novas diretrizes elaboradas pela International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR).

A participação de convidados internacionais trará sem dúvida, brilho especial ao evento. Contaremos com a mesa redonda “Dilemas éticos na reanimação em sala de parto”, onde discutiremos questões éticas fundamentais na prática diária da Sala de Parto.

A comissão organizadora se esmerou para propiciar aos participantes, informações importantes no seu dia a dia.

Revejam a amplitude e abrangência do Programa de Reanimação Neonatal Brasileiro.

Estes três dias de convivência renovarão os objetivos e missões do Pediatra na melhoria da atenção de nossas crianças.

Bom evento!

Eduardo da Silva Vaz
Presidente da SBP

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO SIMPÓSIO

Caros amigos,

Bem vindos ao 4º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal.

O Programa de Reanimação Neonatal do Brasil é o segundo maior do mundo contabilizando 36.280 médicos e 12.045 auxiliares da reanimação treinados por mais de 600 instrutores espalhados por todo o país. Um dos seus principais objetivos é a transmissão do conhecimento e treinamento das habilidades em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto.

Nesse sentido o Simpósio trás a atualização das condutas em reanimação de acordo com as diretrizes da International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que inclui especialistas dos cinco continentes. Para embasar esses novos conhecimentos contamos com renomados professores nacionais e importantes membros do ILCOR que participaram ativamente da elaboração das novas condutas: Dr. Colin Morley (Melbourne, Australia), Jeffrey M. Perlman (New York, USA) e Susan Niermeyer (Denver, USA). Vamos também ter a oportunidade de conhecer e discutir trabalhos científicos na Sessão de Temas Livres.

Além disso, convidamos a todos para compartilhar suas experiências locais e pessoais na reanimação neonatal bem como desfrutar das inúmeras atrações culturais e gastronômicas da Cidade. A comissão organizadora deseja um excelente Simpósio a todos e se coloca a disposição para que sua estadia seja a mais agradável possível.

Um abraço e muito obrigado a todos.

Sérgio Tadeu Martins Marba
Presidente do 4º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal

COMISSÃO ORGANIZADORA

PRESIDENTE DA SBP

Eduardo da Silva Vaz (RJ)

PRESIDENTE DA SPSP

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETOR DE CURSOS E EVENTOS DA SBP

Ércio Amaro de Oliveira Filho (RS)

PRESIDENTE DO SIMPÓSIO

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

SECRETÁRIA GERAL DO SIMPÓSIO

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

PRIMEIRA SECRETÁRIA

Marilene Augusta Crispino Santos (RJ)

TESOURARIA

Fundação SBP

COMISSÃO CIENTÍFICA

PRESIDÊNCIA

Ruth Guinsburg (SP)

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

VICE-PRESIDÊNCIA

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

Cláudia Tanuri (SP)

MEMBROS

José Dias Rego (RJ)

Lêni Márcia Anchieta (MG)

Marynea do Vale Nunes (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

PRESIDÊNCIA

Lígia Maria de Sousa Suppo Rugolo (SP)

VICE-PRESIDÊNCIA

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

MEMBROS

José Roberto de Moares Ramos (RJ)

Leila Denise Cesário Pereira (SC)

Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

GRUPO EXECUTIVO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

COORDENAÇÃO GERAL

Maria Fernanda Branco de Almeida

Ruth Guinsburg

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Lêni Márcia Anchieta

RESIDÊNCIAS EM PEDIATRIA

Leila Denise Cesário Pereira

PARTEIRAS TRADICIONAIS

Rossiclei de Souza Pinheiro

Marynea do Vale Nunes

TRANSPORTE NEONATAL

Paulo de Jesus Hartman Nader

Sérgio Tadeu Martins Marba

CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

José Dias Rego

Luis Eduardo Vaz Miranda

EQUIPAMENTOS

Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo

José Roberto de Moraes Ramos

MORTALIDADE NEONATAL POR ASFIXIA

Lícia Maria Oliveira Moreira

Rosa Maria Vaz dos Santos

CONVIDADOS INTERNACIONAIS*

COLIN MORLEY

Professor Director of Neonatal Medicine at The Royal Women's Hospital and The Royal Children's Hospital, Melbourne, Australia

JEFFREY M. PERLMAN

Director of the Division of Newborn Medicine at Weill Cornell Medical College's Department of Pediatrics, New York, USA

SUSAN NIERMEYER

Professor of Pediatrics at Department of Pediatrics at the University of Colorado School of Medicine and The Children's Hospital, Denver, Colorado, USA

**Membros do ILCOR - International Liaison Committee on Resuscitation Neonatal Taskforce*

CONVIDADOS NACIONAIS

Anna Luiza Pires Vieira (MG)

Bettina Barbosa Duque Figueira (SP)

Celso Moura Rebello (SP)

Cláudia Tanuri (SP)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Eduardo da Silva Vaz (RJ)

Ércio Amaro de Oliveira Filho (RS)

Francisco Eulógio Martinez (SP)

Gabriel Wolf Oselka (SP)

Guilherme Assis Sancho (SP)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)

João Cesar Lyra (SP)

João Henrique CL de Almeida (RJ)

José Dias Rego (RJ)

José Maria de Andrade Lopes (RJ)

José Roberto de Moraes Ramos (RJ)

Leila Denise Cesário Pereira (SC)

Lêni Márcia Anchieta (MG)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Lígia Maria Souza Suppo Rugolo (SP)

Lilian Rodrigues dos Santos Sadeck (SP)

Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Mário Roberto Hirshheimer (SP)

Marynea do Vale Nunes (MA)

Milton Harumi Miyoshi (SP)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Paulo Vicente Bonilha Almeida (DF)

Rejane Silva Cavalcante (PA)

Renato Soibelman Procianoy (RS)

Rita de Cássia Silveira (RS)

Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Ruth Guinsburg (SP)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Walusa Assad Gonçalves Ferri (SP)

07:30 08:15	RETIRADA DE MATERIAL
08:15 09:00	<p>ABERTURA <i>Eduardo da Silva Vaz (RJ)</i> <i>Clóvis F Constantino (SP)</i> <i>Sérgio T Martins Marba (SP)</i> <i>Ércio A de Oliveira Filho (RS)</i> <i>Paulo Vicente Bonilha Almeida (DF)</i></p>
09:00 10:00	<p>CONFERÊNCIA Construindo as evidências científicas para a prática da reanimação neonatal <i>Jeffrey M Perlman (EUA)</i> <i>Coordenador: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)</i></p>
10:00 10:30	INTERVALO
10:30 11:15	<p>CONFERÊNCIA Filmando a reanimação neonatal: o que aprendemos? <i>Colin Morley (RU/AU)</i> <i>Coordenadora: Helenilce de Paula F Costa (SP)</i></p>
11:15 12:00	<p>COLÓQUIO Dúvidas freqüentes na reanimação neonatal <i>Colin Morley (RU/AU)</i> <i>Lígia MS Suppo Rugolo (SP)</i> <i>Jeffrey M Perlman (EUA)</i> <i>Coordenadores: Paulo J Hartmann Nader (RS)</i> <i>e Lêni Márcia Anchieta (MG)</i></p>
12:00 14:00	INTERVALO
14:00 15:30	<p>MESA REDONDA Reanimação do prematuro: uso da tecnologia em sala de parto <i>Coordenador: José Maria de Andrade Lopes (RJ)</i></p>
	<p>14:00 14:30 Oximetria de pulso <i>Francisco E Martinez (SP)</i></p>
	<p>14:30 15:00 Monitoração da função respiratória <i>Milton Harumi Miyoshi (SP)</i></p>
	<p>15:00 15:30 Ventilador mecânico manual <i>Celso Moura Rebello (SP)</i></p>
15:30 16:00	INTERVALO

16:00 17:00

COLÓQUIO

Controvérsias no manejo ventilatório do prematuro de muito baixo peso

Celso Moura Rebello (SP)

Francisco E Martinez (SP)

Milton Harumi Miyoshi (SP)

Coordenadores: José Maria de A Lopes (RJ)

e Rejane S Cavalcante (PA)

17:00 17:45

CONFERÊNCIA

Qual o momento para clampar o cordão no RN que precisa de reanimação?

Susan Niermeyer (EUA)

Coordenadores: José Dias Rego (RJ)

e Rosa M Vaz dos Santos (RN)

17:45 18:00

PERGUNTAS

18:00 19:00

**Reunião Geral dos Instrutores
do Programa de Reanimação Neonatal**

- 08:30 09:15** **CONFERÊNCIA**
Helping Babies Breathe: The Golden Minute®
Susan Niermeyer (EUA)
Coordenadoras: Rossiclei Sousa Pinheiro (AM)
e Marynea do Vale Nunes (MA)
- 09:15 09:30** **PERGUNTAS**
- 09:30 10:00** **CONFERÊNCIA**
O Programa de Reanimação Neonatal Brasileiro
Maria Fernanda B de Almeida (SP)
Coordenador: Ércio A de Oliveira Filho (RS)
- 10:00 10:30** **INTERVALO**
- 10:30 11:15** **CONFERÊNCIA**
TOP 5 em Reanimação Neonatal
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Coordenadoras: Lícia M Oliveira Moreira (BA)
e Leila D Cesário Pereira (SC)
- 11:15 11:30** **PERGUNTAS**
- 11:30 12:45** **INTERVALO**
- 12:45 13:45** **VISITA AOS PÔSTERES COM COMENTADORES**

Comentador: José Roberto M Ramos (RJ)

PC-01 - Efeitos da experiência clínica e do uso de diferentes equipamentos de ventilação manual sobre a mecânica respiratória em coelhos adultos. Paulo Telles¹, Luciana Haddad¹, Renata Mascaretti², Regina Quinzani³, Celso Rebello^{1,2} - ¹Hospital Israelita Albert Einstein, ²Departamento de Pediatria da FMUSP, ³Hospital Universitário da USP - São Paulo, SP

PC-02 - Influência da formação profissional associada a diferentes métodos de ventilação manual sobre a mecânica respiratória utilizando coelhos adultos. Luciana Haddad¹, Luciana Assis¹, Renata Lorenzetti², Renata Mascaretti², Regina Quinzani³, Celso Rebello^{1,2} - ¹Hospital Israelita Albert Einstein, ²Departamento de Pediatria da FMUSP, ³Hospital Universitário da USP - São Paulo, SP

PC-03 - Influência do equipamento usado na ventilação manual sobre a variabilidade da mecânica respiratória utilizando coelhos adultos. Renata Lorenzetti¹, Luciana Haddad², Luciana Assis², Renata Mascaretti¹, Regina Quinzani³, Alice Deutsch², Celso Rebello^{1,2} - ¹Departamento de Pediatria da FMUSP, ²Hospital Israelita Albert Einstein, ³Hospital Universitário da USP - São Paulo, SP

Comentadora: Leila Denise C Pereira (SC)

PC-04 - O ensino da reanimação neonatal no curso de medicina de universidade pública da região norte do Brasil. Mariane Franco, Rejane Cavalcante, Maria Florinda Carvalho, Márcia Portela, Carina Sequeira, Bruno Barreto, Ana Maria Ventura, Rosa Helena Gusmão, Lidiane Sabathe, Anne Caroline Franco. Universidade do Estado do Pará - UEPA - Belém, PA

PC-05 - Associação entre baixas notas de Apgar com canal arterial e hemorragia peri-intraventricular em RNPT. Carolina Capuruço¹, Teresa Cristina de Andrade² - ¹UFMG, ²UNINEO - Belo Horizonte, MG

PC-06 - Importância da boa assistência em sala de parto para sobrevida em RN com hidropsia grave. Carolina Capuruço, Teresa Cristina de Andrade - UNINEO - Belo Horizonte, MG

Comentador: Bettina Barbosa D Figueira (SP)

PC-07 - A influência da corticoterapia antenatal na necessidade de reanimação neonatal em recém-nascidos menores que 1500 gramas. Sayonara Drummond, Alan Vieira, Arnaldo Bueno, Reis Rafaella, Camila Góes, Flavia Carvalho, Fernanda Goulart, Gabriela Delpupo, Thaís Souza - Hospital Universitário Antônio Pedro – UFF – Niterói, RJ

PC-08 - Tamanho das luvas e sucesso na intubação em manequim. José Henrique¹, Reginaldo Freire², Leandro Freitas³ - ¹Hospital de Ávila, ²Universidade Federal de Pernambuco, ³Hospital Memorial Guararapes – Recife, PE

Comentador: Paulo J Hartmann Nader (RS)

PC-09 - Treinamento de profissionais pelo programa de reanimação neonatal no estado do Maranhão, 2008 – 2011. Sílvia Helena de Sousa, Marynéa Nunes, Patrícia Marques, Martinha Matos, Roberta De Albuquerque, Maria de Fátima Carvalho, Maria José da Silva, Márcia Pereira, Susana Valadão, Rossana Mendes – UFMA – São Luís, MA

PC-10 - Manobras de reanimação neonatal em recém-nascidos abaixo de 1500 gramas em uma maternidade particular em Belém-Pará. Aurimery Chermont, Mayani Ribeiro, Patrícia Rolim, Suellen Fernandes - Universidade Federal do Pará – Belém, PA

PC-11 - Estão os residentes em pediatria atualizados quanto às normas de reanimação neonatal de janeiro de 2011? Aurimery Chermont, Mayani Ribeiro, Patrícia Rolim, Suellen Fernandes, Rejane Cavalcante, Salma Malveira - Universidade Federal do Pará – Belém, PA

Comentador: Francisco E Martinez (SP)

PC-12 - Mortalidade neonatal precoce por síndrome de aspiração de mecônio: Brasil 2005 a 2007. Ruth Guinsburg, Maria Fernanda de Almeida, Lícia Moreira, Rosa dos Santos, Lêni Anchieta, Mandira Daripa, Coordenadores Estaduais do PRN-SBP – São Paulo, SP

PC-13 - Evolução da mortalidade neonatal precoce associada à asfíxia perinatal nos anos de 2005 a 2007 nas cinco regiões do Brasil. Maria Fernanda de Almeida, Ruth Guinsburg, Rosa dos Santos, Lícia Moreira, Lêni Anchieta, Mandira Daripa, Coordenadores Estaduais do PRN-SBP – São Paulo, SP

Comentador: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)

PC-14 - Treinamento em reanimação neonatal dos residentes em pediatria no Brasil – resultados de 3 anos. Leila Pereira, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda de Almeida, Lêni Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP - Belo Horizonte, MG

PC-15 - Treinamento em reanimação neonatal dos residentes em pediatria brasileiros em 2010. Leila Pereira, Maria Fernanda de Almeida, Ruth Guinsburg, Lêni Anchieta, Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP – Belo Horizonte, MG

Comentador: Milton Harumi Miyoshi (SP)

PC-16 - Avaliação de práticas perinatais em recém-nascidos de muito baixo peso nas maternidades participantes do Projeto SUS-Brasil e na Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. José Maria Lopes¹, Olga Bonfim¹, Projeto SUS Brasil (MS), Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ – Rio de Janeiro, RJ

PC-17 - Avaliação da adequação da ventilação na reanimação neonatal com o uso de balão auto-inflável tradicional vs ventilador manual (Babypuff®). José Maria Lopes, Paola Lima, João Henrique de Almeida, José Roberto Ramos, Bárbara Debevec. IFF-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ

Comentadora: Rita de Cássia Silveira (RS)

PC-18 - O uso de ventilador mecânico manual reduz a intubação traqueal na sala de parto e nas primeiras 72 horas de vida em prematuros? Ana Cláudia Soares, Cecília Draque, Edinéia Lima, Maria Angela Saraiva, Guilherme Sancho, Monica Carceles, Eduardo Amaro - Pro Matre Paulista – São Paulo, SP

PC-19 - Hipotermia à admissão em uti neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso: incidência e fatores de risco. Ana Claudia Soares, Cecília Draque, Edineia Lima, Maria Angela Saraiva, Guilherme Sancho, Monica Carceles, Flavia Pinto, Wilma Tavares, Eduardo Amaro - Pro Matre Paulista – São Paulo, SP

Comentadora: Lícia Maria O Moreira (BA)

PC-20 - Índice de Apgar 0 a 3 no 1º e 5º minuto e evolução para óbito infantil: estudo populacional. Ângela Viau¹, Maria Fernanda de Almeida¹, Ruth Guinsburg¹, Josiane de Castro¹, Mandira Daripa¹, Bernadete Waldvogel², Margarete Jordani², Mônica Teixeira², Valmir Aranha² - ¹Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina, ²Fundação SEADE – São Paulo, SP

PC-21 - Citations in pubmed database related to neonatal resuscitation and delivery rooms: a fast and progressive growth. Tulio Konstanyner¹, Thais de Oliveira² - ¹UNIFESP – LSHTM, ²FSP/USP – LSHTM - São Paulo, SP

PC-22 - Reanimação neonatal: uma análise dos 113 óbitos associados à asfixia ao nascer em 2009, em Maceió-AL. Junko Oliveira¹, Cicero Silva¹, Fernanda Almeida², Ruth Guinsburg², Cláudio Soriano¹ - ¹UNCISAL, ²UNIFESP/EPM - Maceió, AL

Comentadora: Lígia MS Suppo Rugolo (SP)

PC-23 - Diferença no aprendizado de reanimação neonatal entre enfermeiros e técnicos de enfermagem do Pará. Rejane Cavalcante¹, Vilma Hutim², Mariane Franco¹, Aurimery Chermont³, Leila Feijó¹, Rosa Marques¹, Lígia Cristiane Do Nascimento⁴, Juliana Brengartner², Márcia Anaisse¹, Sarah Bezerra² - ¹Universidade do Estado do Pará, ²Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, ³Universidade Federal do Pará, ⁴Maternidade Saúde da Criança – Belém, PA

PC-24 - Curso para auxiliares da reanimação neonatal: é possível manter a qualidade com maior número de profissionais por instrutor? Rejane Cavalcante¹, Vilma Hutim², Andreia Pinheiro², Marcia Rojas², Rafael Do Nascimento³, Valéria Ferreira⁴, Laura Gonçalves⁴, Kátia Cristina De Pinho², Edilene Carvalho⁴, Marjane Serra² - ^{M1}Universidade do Estado do Pará, ²Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, ³Maternidade Saúde da Criança, ⁴Sociedade Paraense de Pediatria – Belém, PA

PC-25 - A contribuição do curso de reanimação neonatal para o recém-nascido do Pará. Rejane Cavalcante¹, Vilma Hutim², Ozaneide Gomes³, Gisely Viana², Elaine Figueiredo³, Danyelle de Melo², Marília de Farias², Lúcia Campos³, Ana Cláudia Mendes³, Silvana da Silva³ - ¹Universidade do Estado do Pará, ²Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, ³sociedade Paraense de Pediatria - Belém, PA

Comentadora: Lêni Márcia Anchieta (MG)

PC-26 - A evolução da ocorrência de asfixia perinatal em hospitais participantes da Rede de Proteção à Mãe Paulista do município de São Paulo, no período de 2006 a 2010. Lilian Sadeck¹, Geny Yao¹, Athenê Mauro¹, Celso Terra², Fernando Ayres², Bertille Ferreira² - ¹Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo At Saúde da Criança, ²Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo Rede de Proteção Mãe Paulista – São Paulo, SP

PC-27 - Evolução de recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 34 semanas provenientes de centros com e sem padronização das normas de reanimação neonatal. Mayra Damasceno, Maria Regina Bentlin, Antonio Rugolo Junior, Grasiela Bossolan, Glauce Giacóia, Sáskia Fekete, Leia Rodrigues, Lígia Rugolo, Tabata Lino, Guida Cardoso - Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de Botucatu – Botucatu, SP

PC-28 - Fatores associados à intubação traqueal em sala de parto e prognóstico de recém-nascidos de muito baixo peso. Miriam Hashimoto, Adriana Saito, Maria Regina Bentlin, Lígia Rugolo, Ana Karina de Luca, Alice Maria Kiy, João Cesar Lyra - UNESP/FMB – Botucatu, SP

Comentadora: Rejane Silva Cavalcante (PA)

PC-29 - Assistência a prematuros tardios em sala de parto: são necessários cuidados específicos? Tabata Lino, Daniela Toledo, Tatiane Buetto, João Cesar Lyra, Lígia Rugolo, Geraldo Da Silva, Leonardo Parizzi. Faculdade de Medicina de Botucatu - Botucatu, SP

PC-30 - Assistência em sala de parto a recém-nascidos macrossômicos. Grasiela Bossolan, Lígia Rugolo, Maria Regina Bentlin, Adriana Saito, Miriam Hashimoto, Antonio Rugolo Junior, Tattiana Alvarez, Tabata Lino - Faculdade de Medicina de Botucatu – Botucatu, SP

PC-31 - Reanimação cardiopulmonar avançada em recém-nascidos de muito baixo peso: fatores perinatais associados e prognóstico. Ligia Rugolo, Adriana Saito, Miriam Hashimoto, Antonio Rugolo Junior, Grasiela Bossolan, Simone De Carvalho, Josie Pimentel - UNESP/FMB – Botucatu, SP

Comentador: Guilherme Assis Sancho (SP)

PC-32 - Impacto do uso de adrenalina em sala de parto na mortalidade e morbidade em recém-nascidos de muito baixo peso: experiência de 7 anos no Hospital das Clínicas da UFMG. Juliana dos Santos¹, Maria Cândida Viana¹, Paula Vasconcelos¹, Marília Vilela² - ¹Hospital das Clínicas UFMG, ²Faculdade de Medicina UFMG – Belo Horizonte, MG

PC-33 - Da reanimação em sala de parto à morbidade e mortalidade, o que mudou nos recém-nascidos de muito baixo peso do Hospital das Clínicas da UFMG. Juliana dos Santos, Maria Cândida Viana, Paula Vasconcelos, Marília Vilela - Faculdade de Medicina UFMG - Belo Horizonte, MG

Comentadora: Anna Luiza Pereira Vieira (MG)

PC-34 - Necessidade de ventilação com pressão positiva e intubação traqueal ao nascer em neonatos com mielomeningocele. Simone Neves, Ruth Guinsburg, Maria Fernanda de Almeida, Guilherme Sancho – UNIFESP – São Paulo, SP

PC-35 - Prevalência de asfixia perinatal em recém-nascidos de termo e presença de alterações na ultrassonografia de crânio seriada: 1,3 e 28 dias de vida após treinamento. Nadia Vargas^{1,2}, Maria Esther Ceccon¹, Teresa de Oliveira² - ¹ICR-HCFMUSP, ²Hospital Santa Helena Unimed Paulistana – São Paulo, SP

Comentadora: Lillian Rodrigues S Sadeck (SP)

PC-36 - Reanimação neonatal: perfil da assistência aos recém-nascidos que evoluíram ao óbito associados à asfixia no ano de 2009, no interior de Alagoas. Cicero Silva¹, Claudio Soriano¹, Fernanda Almeida², Ruth Guinsburg², Junko Oliveira¹ - ¹UNCISAL, ²UNIFESP/EPM – Maceió, AL

PC-37 - Avaliação das medidas assistenciais realizadas em sala de parto em um hospital universitário. Caroline Pinheiro, Frederico de Oliveira, Carolina Gentile, Milena Valença, Amanda de Moraes, Tatiana Eguchi, Carlos Alberto Bhering - Universidade Severino Sombra – Vassouras, RJ

PC-38 - Características perinatais e perfil dos recém-nascidos atendidos em um hospital universitário. Frederico de Oliveira, Caroline Pinheiro, Carolina Gentile, Milena Valença, Amanda de Moraes, Tatiana Eguchi, Carlos Alberto Bhering - Universidade Severino Sombra – Vassouras, RJ

Comentadora: Rossiclei S Pinheiro (AM)

PC-39 - Condições maternas e fetais associadas à anóxia perinatal no Hospital Universitário de Campo Grande – ms: um estudo retrospectivo. Tatiane Valério, Tatiana Russi, Pamela Narváez - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - Campo Grande, MS

PC-40 - Mortalidade neonatal por asfixia. Cristiane Guimarães, Nilene Gouvea, Claudia Camisão – HMHS – Sao João De Meritl, RJ

PC-41 - Frequência dos procedimentos de reanimação neonatal na sala de parto da maternidade escola no município de Vitória, ES, Hospital Universitário Cassiano Antonio. Katia Cristine Pereira¹, Andrea Pereira, Claudia Maria Moreir, Eliete de Almeida² - ¹Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, ²Universidade Cruzeiro do Sul – Vitória, ES

Comentador: José Dias Rego (RJ)

PC-42 - Assistência humanizada ao recém-nascido de risco na sala de parto de uma maternidade referência em gestação de alto risco do Pará. Marcia de Fatima Rojas, José Francisco de Andrade, Maria Helena Reis – FSCMPA – Belém, PA

PC-43 - Procedimento de assistência ventilatória no recém-nascido na sala de parto em maternidade de referência para gestação de alto risco. Marynéa Nunes, Patrícia Marques, Silvia Helena Sousa, Maria de Fátima Carvalho, Maria José Souza, Márcia Pereira, Roberta de Albuquerque, Susana Valadão, Martinha Matos, Rossana Mendes – UFMA – São Luis, MA

PC-44 - Avaliação pelos alunos dos cursos de reanimação neonatal do PRN-MA. *Patrícia Marques, Marynéa Nunes, Silvia Helena de Sousa, Martinha Matos, Maria de Fátima Carvalho, Maria José de Souza, Roberta de Albuquerque, Susana Valadão, Rossana Mendes, Márcia Pereira – UFMA – São Luis, MA*

Comentador: João Cesar Lyra (SP)

PC-45 - Avaliação do procedimento de intubação orotraqueal entre profissionais médicos. *Jaqueline Tonelotto, Milene Nakama - Hospital Municipal Universitário de São Bernardo do Campo – FMABC – São Bernardo do Campo, SP*

PC-46 - Comparação das práticas de reanimação neonatal utilizadas em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso em três maternidades de uma capital. *Amarilis Teixeira¹², Felipe Teixeira¹, Bárbara Marques², Ana Paula Moraes³, Letícia Andrade³, Lillian Alves³, Leonardo Barbosa³, Joel Lamounier³, Silvana Eloi-Santos³ - ¹Maternidade Santa Fé, ²FHEMIG, ³UFMG – Belo Horizonte, MG*

PC-47 - Surfactante precoce diminui a evolução para displasia broncopulmonar. *Amarilis Teixeira¹², Joel Lamounier³, Ana Maria Lana³, Felipe Teixeira¹, Silvana Eloi-Santos³ - ¹Maternidade Santa Fé, ²FHEMIG, ³UFMG – Belo Horizonte, MG*

Comentador: Jamil Pedro de S Caldas (SP)

PC-48 - Indicadores neonatais x mortalidade neonatal precoce – Hospital Universitário de Brasília. *Julianne Campos¹, Marcos Vinícius de Oliveira¹, Guilherme Ayres¹, Vinícius Calheiros¹, Pedro Luiz Tauil¹, Rosana Maria Tristão² - ¹Universidade de Brasília – UNB, ²Hospital Universitário de Brasília – HUB/UNB – Brasília, DF*

PC-49 - Relação entre indicadores maternos e mortalidade neonatal precoce no Hospital Universitário de Brasília. *Julianne Campos¹, Marcos Vinícius de Oliveira¹, Guilherme Ayres¹, Vinícius Calheiros¹, Pedro Luiz Tauil¹, Rosana Tristão² - ¹Universidade de Brasília – UNB, ²Hospital Universitário de Brasília – HUB/UNB – Brasília, DF*

PC-50 - Indicadores materno-neonatais relacionados à mortalidade neonatal - uma análise no Hospital Universitário de Brasília. *Julianne Campos¹, Marcos Vinícius de Oliveira¹, Guilherme Ayres¹, Vinícius Calheiros¹, Pedro Luiz Tauil¹, Rosana Tristão² - ¹Universidade de Brasília – UNB, ²Hospital Universitário de Brasília – HUB/UNB – Brasília, DF*

Comentador: João Henrique CL de Almeida (RJ)

PC-51 - Perfil clínico-epidemiológico dos neonatos com asfixia em uma maternidade pública de Campina Grande/PB. *Fernanda Albuquerque¹, Aline Sena¹, Elisabeth Maia¹, Lizanka De Paiva², Martha Lúcia Gadelha¹, Tereza Raquel D'amorim¹, Hiba Lyra¹, Marcelle Maia³, Cândida Diniz¹, Denise Albuquerque¹ - ¹ISEA, ²UNESC, ³HUAC- Campina Grande, PB*

PC-52 - Incidência de hipotermia em recém-nascidos admitidos em uma UTI-neonatal em Campina Grande/PB. *Fernanda Albuquerque, Aline Sena, Elisabeth Maia – ISEA - Campina Grande, PB*

PC-53 - Reanimação de recém-nascidos prematuros em um hospital terciário privado do sul do país. *Clarissa Carvalho, Mariana de Oliveira, Ana Paula Mata, Luciana Heideman, Gabriela Blos, Elisabeth Seitz, Desiree Volkmer - Hospital Moinhos de Vento – Porto Alegre, RS*

Comentadora: Walusa Assad G Ferri (SP)

PC-54 - Avaliação da capacidade de reanimação neonatal, segundo as diretrizes 2010 ILCOR/SBP/PRN, em maternidades referência do SUS no estado da Paraíba. *Flávio Augusto de Melo¹, Cláudio Régis¹, Juliana Soares¹, Ana Daniela Moraes², Mariana Brasileiro³, Jacqueline Fernandes⁴, Fernanda Albuquerque⁵, Patrícia Lofego⁶, Luciana Cirilo⁷ - ¹Instituto Cândida Vargas, ²Maternidade Peregrino Filho, ³Hospital Regional de Sousa, ⁴Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, ⁵Instituto de Saúde Elpidio de Almeida, ⁶Maternidade Frei Damião, ⁷Hospital da Polícia Militar da Paraíba General Edson Ramalho - PB*

PC-55 - Experiência em treinamento de primeiros cuidados neonatais para equipe multidisciplinar na sala de parto no Programa ALSO do Brasil. *Ana Cristina da Cruz – São Paulo, SP*

PC-56 - Importância da determinação da idade gestacional pelo método de Capurro na sala de parto. *Camila Maria Alonso, Priscila Ponci, Henrique Naufel - Universidade de Mogi das Cruzes – Mogi das Cruzes, SP*

14:00 15:30

MESA REDONDA

Dilemas éticos na reanimação em sala de parto

*Coordenadores: Clóvis F Constantino (SP)
e Gabriel Wolf Oselka (SP)*

14:00 14:20

Quando não iniciar?

Susan Niermeyer (EUA)

14:20 14:40

Quando interromper?

Ruth Guinsburg (SP)

14:40 15:00

O que é ético e o que é legal?

Mário R Hirschheimer (SP)

15:00 15:30

PERGUNTAS

15:30 16:00

INTERVALO

16:00 16:45

CONFERÊNCIA

Melhorando a oxigenação após o nascimento: mais do que oferecer oxigênio

Colin Morley (RU-AU)

*Coordenadores: José Roberto M Ramos (RJ)
e João Cesar Lyra (SP)*

16:45 17:00

PERGUNTAS

17:00 17:45	CONFERÊNCIA Hipotermia terapêutica: estado da arte e perspectivas <i>Jeffrey M. Perlman (EUA)</i> <i>Coordenadores: Renato S Procianoy (RS)</i> <i>e Claudia Tanuri (SP)</i>
17:45 18:00	PERGUNTAS
08:45 09:45	CONFERÊNCIA Ventilação com máscara é difícil: como melhorar? <i>Colin Morley (RU-AU)</i> <i>Coordenadores: Lilian RS Sadeck (SP)</i> <i>e João Henrique CL Almeida (RJ)</i>
09:45 10:15	PERGUNTAS
10:15 10:45	INTERVALO
10:45 11:30	CONFERÊNCIA Reanimação neonatal e repercussões neurológicas em longo prazo <i>Jeffrey M. Perlman (EUA)</i> <i>Coordenadores: Sérgio T Martins Marba (SP)</i> <i>e Rita de Cássia Silveira (RS)</i>
11:30 12:00	PERGUNTAS
12:00	ENCERRAMENTO

Pontuação CNA			
	Formulário 25259	Especialidade: Pediatria	9.5
		Área de Atuação: Neonatologia	9.5
		Área intensiva: Medicina Intensiva Pediátrica	9.5

TEMAS LIVRES - PÔSTERES COMENTADOS

- 04/08/11** Prazo para envio dos resumos de 300 palavras sobre assistência ao recém-nascido na sala de parto ou reanimação neonatal.
- 05 a 14/08/11** Avaliação de cada trabalho por três neonatologistas.
- 15/08/11** Divulgação dos pôsteres comentados no site do simpósio: www.simposioreanimacao2011.com.br
- 08/09/11** Entrega do prêmio ao trabalho melhor pontuado durante a abertura do evento às 8:15h.
- 09/09/11** Exposição dos 56 pôsteres das 8:30 às 16:45h com a presença do autor, comentador e público das 12:45 às 13:45h.

Todos os trabalhos aprovados para pôster comentado recebem certificados de apresentação no Congresso, sendo emitido um certificado para cada trabalho, independentemente do número de autores.

Os resumos, além de serem publicados nos Anais do Simpósio, são disponibilizados no site do Programa de Reanimação Neonatal da SBP.

Os autores autorizaram a Comissão Organizadora do 4º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal a publicar o resumo em versão impressa e/ou on-line com finalidade de divulgação do Simpósio, em âmbito nacional, internacional e em todos os meios de comunicação, não cabendo qualquer pagamento por direito autoral.

A apresentação não deve conter qualquer promoção comercial, além de manter a privacidade dos dados do paciente.

COMISSÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO

Certificado de Atualização Profissional - "A apresentação de cada pôster confere 2 pontos por trabalho ao autor ou co-autor, limitado a 5 trabalhos por evento" Resolução Conselho Federal de Medicina 1722/2005.

PC-01 - EFEITOS DA EXPERIÊNCIA CLÍNICA E DO USO DE DIFERENTES EQUIPAMENTOS DE VENTILAÇÃO MANUAL SOBRE A MECÂNICA RESPIRATÓRIA EM COELHOS ADULTOS

PAULO TELLES¹, LUCIANA HADDAD¹, RENATA MASCARETTI², REGINA QUINZANI³, CELSO REBELLO² - ¹HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, ²DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FMUSP, ³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - USP

Introdução: A reanimação neonatal pode resultar em lesão pulmonar, em decorrência do uso de um volume-corrente (Vt) ou pico de pressão inspiratória excessivamente (PIP) elevados. **Objetivo:** Comparar diferentes níveis de experiência clínica de médicos, sobre a eficácia da ventilação manual utilizando balão auto-inflável ou peça-T. **Métodos:** Foram comparados médicos conforme o grau de experiência clínica: residentes de pediatria (Grupo 1), médicos que tenham terminado residência entre 3 e vinte anos (Grupo 2) e médicos com término da residência há mais de vinte anos (Grupo 3). Cada indivíduo ventilou dois coelhos adultos (New-Zealand-White) por um período de 10 minutos, utilizando peça-T (Babypuff®, Fanem Ltda, Brasil) ou balão auto inflável (LIFESAVER® Estados Unidos). Após o início da ventilação os dados de mecânica ventilatória (PIP, PEEP, Vt, volume-minuto) foram coletados a cada minuto, até seu término. Gasometrias arteriais foram obtidas antes do início e ao término de cada ventilação manual. Análise estatística foi realizada por ANOVA One-Way (variáveis contínuas) e Qui-Quadrado (variáveis categóricas). O nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados:** Os principais resultados são mostrados abaixo (*=p<0,05 vs Peça-T).

	Grupo 1 (n=6)	Grupo 2 (n=7)	Grupo 3 (n=7)
	Ambú	Peça-T	Ambú
Vt (ml/kg)	17,2±2,8*	9,2±1,6	16,7±7,2
PIP (mH2O)	22,9±6,0	19,7±2,6	21,8±6,8
PEEP(cmH2O)	0,0±0,0*	5,6±1,7	0,0±0,0*
PaCO2 inicial (mmHg)	38,0±7,2	33,7±3,8	34,5±6,5
PaCO2 final (mmHg)	29,1±10,8	36,9±5,9	24,3±6,7
pH inicial (-logH+)	7,37±0,08	7,37±0,03	7,35±0,05
pH final (-logH+)	7,51±0,14*	7,33±0,07	7,43±0,15

Conclusões: O equipamento que permite a utilização de PEEP e controle do PIP resulta na administração de menor Vt nos grupos com menor experiência clínica. O balão auto-inflável resultou em uma tendência de valores mais elevados de pH, embora esta diferença se tenha mostrado significativa apenas no grupo de médicos com menor experiência clínica.

PC-02 - INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL ASSOCIADA A DIFERENTES MÉTODOS DE VENTILAÇÃO MANUAL SOBRE A MECÂNICA RESPIRATÓRIA UTILIZANDO COELHOS ADULTOS

LUCIANA HADDAD¹, LUCIANA ASSIS¹, RENATA LORENZETTI², RENATA MASCARETTI², REGINA QUINZANI³, CELSO REBELLO^{1,2} - ¹HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, ²DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA-FMUSP, ³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - USP

Introdução: A ventilação manual na sala de parto pode ser realizada por diferentes categorias profissionais. **Objetivo:** Comparar os efeitos da ventilação realizada por diferentes profissionais, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, utilizando balão auto-inflável ou peça-T. **Métodos:** Foram comparados enfermeiras, fisioterapeutas e médicos. Cada indivíduo ventilou dois coelhos adultos (New-Zealand-White) por um período de 10 minutos utilizando Peça-T (Babypuff®, - Fanem Ltda, Brasil) ou Balão auto-inflável (LIFESAVER®, Estados Unidos). Após sedação, anestesia, traqueostomia e início da ventilação, os dados de mecânica ventilatória (pressão inspiratória - PIP, PEEP, volume-corrente -Vt) foram coletados a cada minuto, até seu término. Gasometrias arteriais foram obtidas (IStat® Abbott laboratory- Ross Company, Estados Unidos) antes do início e ao término de cada ventilação manual. Análise estatística foi realizada por ANOVA One-Way (variáveis contínuas) e Qui-Quadrado (variáveis categóricas). O nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados:** Os principais resultados são mostrados abaixo. (*=p<0,05 vs Babypuff)

	Enfermeiras (n=7)	Fisioterapeutas (n=7)	Médicos (n=7)
	Ambú	Peça-T	Ambú
Vt (ml/kg)	21,7±15,6	14,6±7,0	20,1±18,1
PIP(cmH2O)	21,8±3,8	18,6±1,9	20,1±7,8
PEEP(cmH2O)	0,0±0,0*	3,3±0,6	0,0±0,0*
PaCO2 inicial (mmHg)	35,1±4,1	33,9±4,3	37,9±9,7
PaCO2 final (mmHg)	23,4±7,5*	32,4±6,9	28,0±15,2
pH inicial (-logH+)	7,43±0,07	7,41±0,06	7,36±0,07
pH final (-logH+)	7,61±0,016*	7,40±0,11	7,52±0,23

Conclusões: Os autores concluem que a ventilação manual utilizando balão auto-inflável resultou em maior agressão ao pulmão no grupo de enfermeiras, documentado pela hipocapnia e alcalose respiratória ao final do período de ventilação, e de um aumento de 50% no Vt. No grupo de fisioterapeutas houve uma redução de 30% no valor da PaCO2 e um aumento de 30% no valor do Vt e de 20% na PIP com o uso do balão auto-inflável, no entanto esta diferença não atingiu a significância.

PC-03 - INFLUÊNCIA DO EQUIPAMENTO USADO NA VENTILAÇÃO MANUAL SOBRE A VARIABILIDADE DA MECÂNICA RESPIRATÓRIA UTILIZANDO COELHOS ADULTOS

RENATA LORENZETTI¹, LUCIANA HADDAD², LUCIANA ASSIS², RENATA MASCARETTI¹, REGINA QUINZANI³, ALICE DEUTSCH³, CELSO REBELLO^{1,2-1} DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA – FMUSP,²HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, ³HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-USP

Introdução: O balão auto-inflável é utilizado rotineiramente na sala de reanimação, no entanto, um equipamento que limite a pressão inspiratória (PIP) e permita o uso de pressão expiratória final positiva (PEEP) provavelmente permite uma menor variabilidade da mecânica respiratória, resultando em menor risco de lesão pulmonar. **Objetivo:** Comparar a variabilidade da PIP, PEEP, volume-corrente (Vt), volume-minuto (VMin), frequência respiratória (FR), tempo inspiratório (Tins) e tempo expiratório (Tex) na ventilação manual utilizando balão auto-inflável ou Peça-T. **Métodos:** A ventilação manual utilizando balão auto-inflável(LIFESAVER®, Estados Unidos) ou Peça-T (Babypuff®, -Fanem Ltda, Brasil) foi realizada por 21 indivíduos (7 enfermeiras, 7 fisioterapeutas e 7 médicos). Cada indivíduo ventilou dois animais, ambos por um período de 10 minutos. Após o início da ventilação os dados de mecânica ventilatória (PIP, PEEP, Vt, Vmin), tempo inspiratório (Tin), tempo expiratório (Tex) e frequência respiratória (FR) foram coletados a cada minuto, até seu término. Para cada parâmetro analisado foi determinado o índice de variabilidade, determinado através do cálculo dos valores médios do desvio-padrão obtido para aquela variável em cada um dos dois grupos de estudo. **Resultados:** Os índices de variabilidade dos parâmetros analisados ao longo dos 10 min de ventilação são mostrados abaixo (resultados em média e DP)

	Peça-T (n=21)	Balão auto-inflável (n=21)	p
Vt (ml/kg)	0,7±0,7	2,5±1,6	<0,001
Vmin (ml/kg)	28,7±14,6	122,3±86,2	<0,001
PIP (cmH2O)	0,34±0,21	3,3±2,1	<0,001
PEEP (cmH2O)	0,2±0,2	0,0±0,0	<0,001
FR (ipm)	2,6±1,3	9,9±25,6	0,087
Tins (seg)	0,12±0,05	0,13±0,23	<0,001
Tex (seg)	0,13±0,06	0,20±0,22	0,902
Tins/Tt	0,04±0,01	0,06±0,07	0,034

Conclusões: Os autores concluem que o uso de equipamento que limita a PIP e fornece PEEP permite uma variabilidade menor da ventilação manual, com a exceção da frequência respiratória e do tempo expiratório.

PC-04 - O ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL NO CURSO DE MEDICINA DE UNIVERSIDADE PÚBLICA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL

MARIANE FRANCO, C. A., REJANE CAVALCANTE, S., MARIA FLORINDA CARVALHO, P. P., MÁRCIA PORTELA, B., CARINA SEQUEIRA, G., BRUNO BARRETO, A. P., ANA MARIA VENTURA, R. S., ROSA HELENA GUSMÃO, P., LIDIANE SABATHE, ANNE CAROLINE FRANCO, A. - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA

Introdução: As diretrizes do ensino médico solicitam mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos de medicina das universidades brasileiras. O ensino da reanimação neonatal foi modificado há cinco anos, passando do oitavo para o quinto semestre do curso. **Objetivo:** Avaliação do ensino da reanimação neonatal no curso de medicina de universidade pública estadual da região Norte brasileira. **Métodos:** Estudo transversal, descritivo, com emprego de protocolo de pesquisa a 100 estudantes concluintes do curso no momento de sua primeira prova do internato. Questões avaliadas: 01) Você aprendeu as técnicas de reanimação neonatal? 02) No ensino de reanimação a carga horária foi suficiente? 03) Os professores corresponderam as expectativas dos alunos? 04) Você considera a reanimação neonatal importante para a prática médica? O que mais marcou no aprendizado da reanimação neonatal? **Resultados:** Noventa e dois alunos responderam ao protocolo, tendo 96% aprendizado positivo de reanimação, 82% dos alunos acham a carga horária suficiente, os docentes corresponderam positivamente às expectativas de 88% dos entrevistados, 96% dos discentes consideraram a reanimação importante para a prática médica e o que mais marcou para 90% dos alunos foi a ventilação pulmonar com pressão positiva (VPP).

Conclusões: A reanimação neonatal é iniciada no ensino médico desse estudo no quinto período, sendo reforçada no internato. A equipe docente sente-se estimulada ao incentivo das práticas pediátricas nos cursos de graduação e pós-graduação, incentivando também a escolha pela especialidade pediátrica nos alunos do curso de medicina, especialidade de rara opção profissional na atualidade, demonstrando ainda a importância da reanimação neonatal aos futuros profissionais de saúde.

PC-05 - ASSOCIAÇÃO ENTRE BAIXAS NOTAS DE APGAR COM CANAL ARTERIAL E HEMORRAGIA PERI-INTRAVENTRICULAR EM RNPT.

CAROLINA ANDRADE BRAGANÇA CAPURUÇO¹, TERESA CRISTINA GONTIJO DE ANDRADE² - ¹UFMG, ²UNINEO

Introdução: A persistência do canal arterial (PCA) e a hemorragia peri-intra-ventricular (HPIV) são comorbidades frequentes em recém-nascidos prematuros (RNPT), havendo evidências de associação com a má adaptação ao meio extrauterino (notas de Apgar < 7). **Objetivo:** Esta pesquisa objetivou verificar a incidência de PCA e HPIV e sua associação com notas de Apgar inferiores a 7. **Métodos:** Estudo prospectivo, coorte, realizado entre 01/02 e 01/08. Foram incluídos todos os RNPT com idade gestacional < 37 semanas nascidos na Maternidade. Os seguintes testes foram utilizados na análise estatística: Qui-quadrado, Fisher, Mann-Whitney e regressão logística multifatorial. **Resultados:** Dos 3043 pacientes estudados, 231 (7,6%) apresentaram PCA, 709 (23,3%) e 55 (1,8%) tiveram Apgar < 7 o 1' e 5' de vida, respectivamente. As médias de Apgar no 1º e 5º minutos foram menores no RNPT com PCA 5,7 (±2,2) e 8,1 (±1,2) em relação àqueles sem PCA, cujas médias foram de 7,2 (±1,9) e 8,9 (±0,8), respectivamente (p<0,001). Daqueles com PCA, 204/231 (88,3%) receberam alta hospitalar. Destes, 28,4% (58/204) evoluíram com HPIV ≥ II. Na análise univariada, notas de Apgar < 7 tanto no 1' quanto no 5' relacionaram-se ao maior risco de HPIV ≥ II com p=0,004 [RR 2,72 (IC 95% 2.1 , 3.6)] e p=0,001 [RR 4,24 (IC 95% 3.5 , 5.1)] respectivamente. Apgar < 7 no 5' manteve-se na regressão logística multivariada como fator de risco [p=0,042 (IC 95% -0,41, -0,01)], caracterizando que a má adaptação ao meio extra-uterino foi fator de risco isolado para HPIV ≥ II e pior prognóstico em longo prazo. **Conclusão:** Baixas notas de Apgar, sobretudo no 5' de vida, foram relacionadas à maior incidência de PCA e HPIV ≥ II. A assistência adequada em sala de parto e notas de Apgar ≥ 7 são fundamentais para melhor prognóstico nos recém-nascidos prematuros.

PC-06 - IMPORTÂNCIA DA BOA ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO PARA SOBREVIDA EM RN COM HIDROPSIA GRAVE

CAROLINA ANDRADE BRAGANÇA CAPURUÇO, TERESA CRISTINA GONTIJO DE ANDRADE - UNINEO

Introdução: Hidropsia fetal não imune (HFNI) é uma afecção rara caracterizada por acúmulo de líquido extracelular e pode associar-se a várias etiologias. Apesar da melhora nos recursos diagnósticos e terapêuticos, o prognóstico ainda é desfavorável. A boa assistência em sala de parto é fundamental para a sobrevivência destes pacientes. **Objetivo:** Relatar caso de HFNI atribuída ao fechamento intra-uterino do canal arterial (CA) nascido com quadro grave e com boa evolução pós-natal. **Métodos:** Mãe 36 anos primigesta, feto com trissomia 21, cesárea de urgência com 36 semanas por hidropsia fetal grave. Dopplerecardiograma evidenciou fechamento intra-uterino do CA. DCM, masculino, nasceu com 4120g bradicárdico em apnéia. A reanimação em se deu imediatamente após nascimento com ventilação com pressão positiva, massagem cardíaca e intubação orotraqueal no 4º minuto de vida, não precisou de aminas em sala de parto. Apgar 1'=1, 3'=5, 5'=7. Transferido diretamente para UTI neonatal. Apresentava ascite e derrame pleural importantes, realizada punção pleural bilateral. Sorologias maternas e neonatais negativas (inclusive parvovirose). Rn isogrupo com a mãe, eritograma normal e sem sinais de infecção. Dopplerecardiograma pós-natal imediato: CA fechado, ventrículo direito com aumento e disfunção moderados, regurgitação tricúspideia importante, derrame pericárdico moderado. Evoluiu com melhora clínica rápida, extubado no 8º dia e recebeu alta com 20 dias de vida pesando 3085g. **Discussão:** Apesar da baixa incidência (0,36:1000) a HFNI é uma patologia preocupante cuja mortalidade é elevada (60-93%) sobretudo nos primeiros minutos de vida. O parto deve realizar-se num hospital com cuidados perinatais especializados com equipe multidisciplinar preparada e eficiente para assistir adequadamente estes pacientes graves. **Conclusão:** O fechamento do CA fetal pode levar à insuficiência cardíaca e morte intra-uterina ou pós-natal imediata. Perante uma hidropsia fetal, o diagnóstico etiológico antecipado com planejamento perinatal adequado são essenciais para sobrevivência destes pacientes.

PC-07 - A INFLUÊNCIA DA CORTICOTERAPIA ANTENATAL NA NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS MENORES QUE 1500 GRAMAS

SAYONARA DRUMMOND, ALAN VIEIRA, ARNALDO BUENO, REIS RAFAELLA, CAMILA GÓES, FLAVIA CARVALHO, FERNANDA GOULART, GABRIELA DELPUPO, THAÍS SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO- UFF

Introdução: a corticoterapia antenatal vem sendo associada a melhor prognóstico de recém-nascidos prematuros. Seu efeito foi comprovado para evitar a síndrome do desconforto respiratório e a hemorragia intracraniana, além de diminuir a mortalidade. O objetivo deste estudo é avaliar a influência da corticoterapia antenatal na necessidade de reanimação em sala de parto. **Metodologia:** estudo prospectivo, observacional tipo coorte, em que foram acompanhados todos os RN com peso de nascimento menor que 1500g no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. Estes foram separados em dois grupos, de acordo com a necessidade de reanimação em sala de parto e foram comparados quanto às suas características demográficas. As variáveis contínuas foram descritas por meio de médias e desvio padrão e comparadas utilizando-se o teste t de student e as variáveis categóricas foram descritas por meio de percentuais e comparadas pelo teste do qui-quadrado. As variáveis diferentes entre os grupos foram analisadas por meio de regressão logística. Foi utilizado o pacote estatístico SPSS 16.0 e a significância foi considerada de 0,05. **Resultados:** foram avaliados 195 recém-nascidos. Os grupos

estudados foram diferentes quanto ao peso de nascimento, a idade gestacional e ao uso de corticoterapia antenatal e foram homogêneos quanto às demais características. O uso de corticoterapia antenatal diminuiu a necessidade de reanimação independentemente do peso de nascimento e da idade gestacional (p -valor=0,06, Wald=6,567, ExpB=0,319 e IC=0,13 – 0,76 e RR=1,41). **Conclusão:** o uso do corticóide antenatal foi um fator protetor para os RN avaliados, diminuindo a necessidade de reanimação em RN de muito baixo peso.

PC-08 - TAMANHO DAS LUVAS E SUCESSO NA INTUBAÇÃO EM MANEQUIM

JOSÉ HENRIQUE¹, REGINALDO FREIRE², LEANDRO FREITAS³ - ¹HOSPITAL DE ÁVILA, ²UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, ³HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES

Introdução: Diversas variáveis influenciam no sucesso da intubação neonatal. A utilização de luvas para intubação é um cuidado universal e o tamanho dessas poderia interferir na destreza manual. **Objetivos:** Comparar o tempo de intubação de médicos residentes de pediatria em manequins, utilizando diferentes tamanhos de luvas. **Métodos:** O estudo foi realizado em 2010. Foram incluídos residentes que se voluntariaram e excluídos os que possuíam déficit motor ou visual. Em sequência randomizada utilizaram o par de luvas ideal, o par imediatamente inferior e superior ao adequado e intubavam com mãos descalças. Foram realizadas três intubações consecutivas com cada tipo de luva/mãos descalças, com vinte segundos para cada tentativa. O tempo era cronometrado da inserção da lâmina do laringoscópio na cavidade oral do manequim até sua retirada. Vinte segundos eram adicionados ao tempo da tentativa em caso de falha na intubação. **Resultados:** Onze residentes participaram do estudo, resultando em 33 intubações para cada tipo de luva. Encontramos diferença nos tempos de intubação entre os tamanhos das luvas ($p < 0,002$). Para o par de luvas ideal e todas as outras, o tempo foi 7,8s (4,1) e 11s(7,8) ($p < 0,01$). Entre mãos descalças e todas as outras [8,5s (3,8) e 10,79 (7,33), respectivamente] encontramos $p = 0,08$. Não encontramos diferença entre luvas ideais e mãos descalças ($p = 0,25$). O tempo com luvas menores foi menor em relação às maiores [11,3s (7,8) e 13,2s (8,1) ($p = 0,03$)] e com estas, aconteceram 18,1% de falhas. **Conclusão:** Este estudo piloto demonstrou diferenças no tempo para intubação em relação ao tamanho das luvas. Não foi encontrado um melhor desempenho com as mãos descalças como esperado. Alguns residentes referiram que não usar luvas tornava o processo escorregadio, o que poderia justificar uma tendência para um melhor desempenho com luvas ideais. Neste cenário de treinamento, deve ser orientado o uso de luvas corretas, visando melhores resultados.

PC-09 - TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DO MARANHÃO, 2008 – 2011

SILVIA HELENA CAVALCANTE DE SOUSA, MARYNÉA DO VALE NUNES, PATRÍCIA FRANCO MARQUES, MARTINHA DA SILVA MATOS, ROBERTA BORGES DE ALBUQUERQUE, MARIA DE FÁTIMA ARRAIS CARVALHO, MARIA JOSÉ DA SILVA, MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA, SUSANA FILGUEIRA VALADÃO, ROSSANA MARA PEREIRA MENDES - UFMA

Introdução: Ressuscitação do recém-nascido (RN) na sala de parto (SP) é um desafio na prática pediátrica tendo repercussões por toda a vida definindo a qualidade de vida do RN, da família e o papel deste na sociedade. Desta forma o treinamento de profissionais que atuam em SP é fundamental para determinar qualidade de vida e redução de mortalidade neonatal precoce. **Objetivos:** Descrever a atuação do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) no Maranhão (MA) no período de 2008 – 2011. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo, com coleta prospectiva de dados, cuja casuística foi composta por todos os cursos de reanimação neonatal destinados a profissionais e ministrados por instrutores credenciados, entre os anos de 2008 – 2011. **Resultados:** No período de 15/09/2008 a 30/07/2011 foram realizados 26 cursos no MA dos quais 23 (88,4%) foram realizados no município de São Luís e 3 (11,6 %) em Imperatriz. Participaram do curso 537 pessoas, destas 30 estudantes de enfermagem (5,5%), 78 (14,5%) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 251 (46,74%) Enfermeiros, 9 Fisioterapeutas (1,6 %) , 142 (26,4%) Médicos, 26 (4,8%) outros profissionais. Dos 537 alunos, 497 (92,5%) obtiveram aproveitamento $> 80\%$, e 40 (7,4%) $< 80\%$. **Conclusão:** O PRN cumpriu a meta no MA no período estudado treinando um número expressivo de alunos. Profissionais não médicos de vários municípios foram treinados, o que pode resultar em mudanças substanciais na qualidade da assistência ao RN, nos quais muitas vezes os partos são assistidos por profissionais de enfermagem. O profissional treinado nas técnicas de ventilação em SP pode ajudar a reduzir a mortalidade de RN com asfixia perinatal, principal causa de mortalidade neonatal precoce em um Estado com altas taxas de mortalidade infantil.

PC-10 - MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS ABAIXO DE 1500 GRAMAS EM UMA MATERNIDADE PARTICULAR EM BELÉM-PARÁ

AURIMERY GOMES CHERMONT, MAYANI COSTA RIBEIRO, PATRÍCIA SUTHERLAND WALLAUER ROLIM, SUELLEN COSTA FERNANDES - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Introdução: A reanimação neonatal consegue prevenir a cada ano cerca de 359 mil mortes em Recém Nascidos (RNs) em todo mundo. A necessidade desta é maior quanto menor a idade gestacional (IG) e o peso ao nascer. **OBJETIVOS:** Conhecer as manobras de reanimação neonatal realizadas em RNs abaixo de 1500g em um hospital privado relacionando com a IG, idade materna e o peso dos RNs. **Métodos:** Estudo retrospectivo do tipo transversal em um hospital privado, com uma amostra de 118 RNs com menos de 1500 g entre março de 2007 e setembro de 2010. A coleta de dados foi realizada a partir de banco de dados cedido pela própria instituição pesquisada. **Resultados:** No período de três anos nasceram 118 bebês abaixo de 1500g, dos quais 70 foram submetidos à reanimação neonatal. Observou-se que 21,81% (34/118) eram filhos de mães de 26 a 30 anos. 19,49% (23/118) dos RNs eram gemelares. Registrou-se IGs entre 28 a 31 semanas em 50,84% (60/118) das mães. 37,28% (44/118) precisaram de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) + intubação. Eram do sexo masculino 50,84% (60/118) e destes 41,66% (25/60) precisaram de VPP + intubação, enquanto que do total de meninas (58/118) 32,75% (19/58) precisaram das mesmas manobras. Dos pacientes que necessitaram de reanimação 18,57% (13/70) apresentaram Apgar de 0-3 e 37,14% (26/70) de 4-7 no primeiro minuto. 42,37% (50/118) dos RNs tiveram peso entre 1001 a 1300g. Após a reanimação neonatal inicial, 94,06% (111/118) foram encaminhados para a UTI neonatal. **Conclusão:** A reanimação deve ser iniciada antes do primeiro minuto de vida com o intuito de diminuir a mortalidade e evitar seqüelas ao RN. Para isto é preciso um profissional capacitado, ágil e conhecedor das manobras de reanimação.

PC-11 - ESTÃO OS RESIDENTES EM PEDIATRIA ATUALIZADOS QUANTO ÀS NORMAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL DE JANEIRO DE 2011?

AURIMERY GOMES CHERMON, MAYANI COSTA RIBEIRO, PATRÍCIA SUTHERLAND WALLAUER ROLIM, SUELLEN COSTA FERNANDES, REJANE SILVA CAVALCANTE, SALMA SARATY MALVEIRA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

Introdução: A ressuscitação é o procedimento mais freqüentemente executado no período neonatal, sendo imprescindível a capacitação dos profissionais para que, atualizados, realizem reanimação correta, rápida e efetiva. **OBJETIVOS:** Avaliar o conhecimento atualizado de residentes em Pediatria quanto às normas de Reanimação Neonatal de 2011 da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Métodos:** Estudo prospectivo do tipo transversal, com amostra de 12 residentes em Pediatria em um hospital público referência em Neonatologia em Belém-PA. A coleta de dados foi realizada a partir de questionário padronizado com 22 questões de múltipla escolha aplicado em julho/2011. **Resultados:** No quesito sobre o parâmetro atual de indicação do início da reanimação neonatal (frequência cardíaca-FC) houve 91,66% (11/12) de acertos. Todos os residentes (100%, 12/12) demonstraram saber as três perguntas que avaliam a necessidade de reanimação, bem como a não utilização da coloração de pele e mucosas na decisão de procedimentos na sala de parto, além de que a aspiração de mecônio traqueal, se indicada, deve ser realizada uma única vez. O início da Ventilação com Pressão Positiva (VPP) no primeiro minuto de vida ("The Golden Minute") 83,33% (10/12) dos avaliados acertaram, porém 75% (9/12) erraram a indicação da saturação de O₂ na VPP em neonato < 34 semanas. 33,33% (4/12) demonstraram conhecer a indicação de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), resultado obtido também na questão sobre quando indicar 15 massagens cardíacas para 2 ventilações. 50% (6/12) responderam que a massagem cardíaca deve ser interrompida à FC > 60bpm. Foi obtida apenas uma resposta correta (8,33%, 1/12) quando questionados sobre momento e dose adequados da administração de adrenalina por via traqueal. **Conclusão:** Os residentes em Pediatria estão atualizados parcialmente quanto às normas de reanimação neonatal de 2011. É necessária maior ênfase no cuidado com oxigênio na sala de parto para evitar estresse oxidativo.

PC-12 - MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE POR SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO: BRASIL 2005 A 2007

RUTH GUINSBURG, M FERNANDA B DE ALMEIDA, LÍCIA MO MOREIRA, ROSA MV DOS SANTOS, LÊNI M ANCHIETA, MANDIRA DARIPA, COORDENADORES ESTADUAIS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

Objetivo: Avaliar a mortalidade neonatal precoce por síndrome de Aspiração de Mecônio (SAM) no Brasil em 2005-2007 e comparar as características demográficas dos nascidos que falecem até 6 dias com SAM por região do país. **Método:** Estudo transversal descritivo dos nascidos vivos que morreram até 6 dias nas regiões do Brasil em 2005, 2006 e 2007 com SAM, considerada presente se, em qualquer linha da declaração de óbito, estava anotado o código P24.0 (CID10.0 - OMS). Os Coordenadores Estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da SBP realizaram busca ativa dos óbitos nas Secretarias de Estado da Saúde. O número de nascidos vivos em cada ano e de óbitos neonatais precoces foi obtido no Datasus. A comparação das diferentes regiões do Brasil foi feita por qui-quadrado. **Resultados:** No período, ocorreram 2382 óbitos com SAM em nascidos sem malformações: 820 em 2005, 775 em 2006 e 787 em 2007. A taxa de óbitos neonatais precoces associados à SAM por mil nascidos vivos foi em 2005, 2006 e 2007 respectivamente: Brasil – 0,27, 0,26 e 0,27, Norte – 0,35, 0,41 e 0,44, Nordeste – 0,31, 0,30 e 0,32, Sudeste – 0,22, 0,22 e 0,25, Sul – 0,24, 0,21 e 0,18, C-Oeste – 0,28, 0,22 e 0,14. Nas

regiões Norte e NE (n=1210), os óbitos por SAM ocorrem mais nos hospitais públicos em nascidos por parto vaginal. No SE, Sul e CO (n=1172), os óbitos por SAM ocorreram mais nos hospitais privados e Santas Casas, fora das capitais de Estado, em nascidos por cesárea. **Conclusões:** A SAM, uma doença evitável com a adequada assistência perinatal, ainda mata até o 6º dia de vida pelo menos 2 recém-nascidos sem malformações a cada dia no Brasil, sem mudanças entre 2005 e 2007. As medidas para prevenção da SAM devem levar em conta as diferenças regionais no cuidado perinatal.

PC-13 - EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE ASSOCIADA À ASFIXIA PERINATAL NOS ANOS DE 2005 A 2007 NAS CINCO REGIÕES DO BRASIL

M FERNANDA B DE ALMEIDA, RUTH GUINSBURG, ROSA MV DOS SANTOS, LÍCIA MO MOREIRA, LÊNÍ M ANCHIETA, MANDIRA DARIPA, COORDENADORES ESTADUAIS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

Objetivo: Comparar a evolução dos óbitos neonatais precoces associados à hipóxia/asfixia ao nascer nas cinco regiões do Brasil nos anos de 2005, 2006 e 2007. **Método:** Estudo transversal descritivo dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida nas cinco regiões do Brasil em 2005, 2006 e 2007 com asfixia perinatal. Considerou-se a asfixia presente se, em qualquer linha da declaração de óbito, estavam anotados os códigos (OMS - CID 10.0): hipóxia intra-uterina (P20.0, P20.1, P20.9), asfixia ao nascer (P21.0, P21.1, P21.9) ou síndrome de aspiração meconial (P24.0). Os Coordenadores Estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da SBP realizaram busca ativa dos óbitos nas Secretarias de Estado da Saúde. O número de nascidos vivos em cada ano e de óbitos neonatais precoces foi obtido no Datasus. A análise, por se tratarem de dados populacionais, foi descritiva. **Resultados:** No período, ocorreram 13.446 óbitos associados à asfixia em recém-nascidos sem malformações: 4.863 em 2005, 4.471 em 2006 e 4.112 em 2007. A taxa de óbitos neonatais precoces associados à asfixia por mil nascidos foi em 2005, 2006 e 2007 respectivamente: Brasil – 1,60, 1,52 e 1,42, Norte – 1,80, 1,80 e 1,75, Nordeste – 2,20, 1,99 e 1,98, Sudeste – 1,33, 1,30 e 1,16, Sul – 1,15, 1,15 e 0,95, C-Oeste – 1,10, 0,98 e 0,82. No Brasil, em 2005, 2006 e 2007, observou-se que respectivamente 21,4%, 20,8% e 20,7% dos óbitos neonatais precoces sem malformações se associaram à asfixia, com maiores percentuais no nordeste em todos os anos. **Conclusões:** Embora a asfixia perinatal seja um importante contribuinte para a mortalidade neonatal precoce, ao redor de 20% em todos os anos do estudo, nota-se um decréscimo do número de nascidos vivos que falecem nos primeiros seis dias com hipóxia/asfixia ao nascer ou síndrome de aspiração meconial nas cinco regiões do país.

PC-14 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL – RESULTADOS DE 3 ANOS

LEILA DC PEREIRA, RUTH GUINSBURG, MARIA FERNANDA B ALMEIDA, LÊNÍ M ANCHIETA, COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

Introdução: Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é treinar em reanimação neonatal todos os residentes em pediatria. **Objetivo:** Verificar quantos residentes concluíram a Residência em Pediatria treinados em reanimação neonatal, por região brasileira, em 2008, 2009 e 2010. **Metodologia:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as Residências em Pediatria brasileiras credenciadas pelo MEC em 2008, 2009 e 2010. Os 52 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada residência, o número de R2 matriculados e quantos fizeram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP durante a residência. Foi realizada análise descritiva por região brasileira. **Resultados:** Em 2008, 2009 e 2010, havia, respectivamente, 160, 164 e 160 Residências em Pediatria, sendo excluídas 9, 16 e 15 por não possuírem residentes matriculados e 26, 15 e 6 por falta de informações. Foram pesquisadas 125 residências, com 729 R2 matriculados em 2008, 133 residências, com 838 R2 matriculados em 2009, e, 139 residências, com 881 R2 matriculados em 2010. A distribuição dos R2 matriculados por região brasileira foi: Norte 3%, 3% e 3%, Nordeste 16%, 15% e 13%, Sudeste 53%, 59% e 64%, Sul 19%, 14% e 14%, e, Centro-Oeste 9%, 9% e 6%. Concluíram a residência treinados 77% em 2008, 86% em 2009 e 82% em 2010. A frequência anual de treinados, em cada região, foi: Norte 96%, 93% e 100%, Nordeste 71%, 71% e 74%, Sudeste 71%, 88% e 82%, Sul 84%, 82% e 77%, e, Centro-Oeste 79%, 99% e 100%. **Conclusão:** As regiões Norte e Centro-Oeste atingiram a meta de treinar todos os residentes em pediatria em reanimação neonatal. Houve redução da taxa brasileira de conclusão da residência sem treinamento de 2008 (23%) para 2009 (14%) e aumento em 2010 (18%), o que exigirá esforços para atingir a meta nos próximos anos.

PC-15 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA BRASILEIROS EM 2010

LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA, MARIA FERNANDA B ALMEIDA, RUTH GUINSBURG, LÊNÍ M ANCHIETA, COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SBP

Introdução: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), cuja missão é auxiliar na diminuição da mortalidade neonatal decorrente da asfixia perinatal no Brasil, tem como uma das metas treinar em reanimação neonatal todos os residentes em pediatria. **Objetivo:** Determinar o número de residentes treinados em reanimação neonatal nas Residências em Pediatria, por região e unidade federativa (UF) do Brasil, em 2010. **Metodologia:** Estudo trans-

versal prospectivo que incluiu as 160 Residências em Pediatria brasileiras credenciadas pelo MEC em 2010. Os 52 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada residência, o número de R1 e R2 matriculados e quantos fizeram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP durante a residência (R1 em 2010 e R2 em 2009 ou 2010). Foi realizada a análise descritiva por região e UF brasileira. **Resultados:** Nas 139 residências pesquisadas (excluídas 15 por não possuírem residentes matriculados e 6 por informações incompletas), estavam matriculados 1.831 residentes (950 R1 e 881 R2), assim distribuídos por região: Norte 3%, Nordeste 14%, Sudeste 62%, Sul 14% e Centro-Oeste 7%. Foram treinados 593 R1 (62%) e 722 R2 (82%), totalizando 1.315 (72%). A frequência de residentes treinados, por região, foi: Norte 83% (PA 47%, AC, AM, AP, RO e RR 100%), Nordeste 56% (SE 0%, PE 39%, BA 40%, CE 54%, PB 61%, AL, MA, PI e RN 100%), Sudeste 76% (MG 45%, RJ 68%, ES 72% e SP 91%), Sul 72% (RS 64%, SC 67% e PR 82%) e Centro-Oeste 59% (DF 32%, MT 50%, MS 86% e GO 94%). **Conclusão:** As Regiões Norte, Sudeste e Sul, que concentram 79% dos residentes matriculados, alcançaram elevadas taxas de treinamento em reanimação neonatal. Concluíram a residência sem treinamento 18% dos residentes brasileiros. Esforços para atingir a meta de treinar todos os residentes em pediatria precisam ser intensificados.

PC-16 - AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS PERINATAIS EM RECÉM NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO (RNMBP) NAS MATERNIDADES PARTICIPANTES DO PROJETO SUS-BRASIL E NA REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS

JOSE MARIA LOPES¹, OLGA BONFIM¹, PROJETO SUS BRASIL(MS), REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN) ¹INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-FIOCRUZ

A mortalidade neonatal representa hoje mais de 50% da mortalidade infantil e muitos problemas que acometem os recém nascidos ocorrem justamente no momento do parto. Práticas perinatais adequadas são fundamentais para a boa evolução de RNMBP e tem impacto na redução da asfixia perinatal. **Objetivo:** Analisar as práticas de reanimação em RNMBP e tratamento nas primeiras horas de vida num grupo de maternidades participantes do Projeto SUS Brasil, tendo como referência os dados da RBPN. **Métodos:** Analisamos os dados coletados em todos os RNMBP (peso inferior a 1500 g) de 42 maternidades das principais capitais do País e das 16 Unidades da RBPN. Verificamos os dados de nascimento, apgar, uso de reanimação, uso de corticoide antenatal(CE) e surfactante. Utilizamos os dados da RBPN como referência nas comparações efetuadas. Análise estatística foi realizada com Qui quadrado. **Resultados:** Observamos uma diferença significativa na utilização do CE nas maternidades (44%) VS na RBPN (62%) $p < 0.01$. O uso de reanimação foi semelhante nas maternidades e RBPN (74% VS 73%) $p > 0.05$. Na estratificação dos procedimentos notamos diferenças, caracterizadas por maior uso de ambú e máscara e menor taxa de intubação na RBPN VS Maternidades (70% VS 54% e 46% VS 50%). Observamos também menor uso de surfactante na sala de parto e em algum momento, na RBPN VS Maternidades (4% VS 24% e 53% VS 63%). A recuperação do apgar menor ou igual a três no primeiro minuto foi semelhante nos dois grupos (69% VS 71%). **Conclusão:** 1) Baixo uso de corticoide antenatal e maior uso de surfactante nas Maternidades VS RBPN. 2) Necessidade de reanimação semelhante e pequenas diferenças na estratificação dos procedimentos. 3) Eficácia na reanimação traduzida pela recuperação do apgar nas Maternidades e RBPN.

PC-17 - AVALIAÇÃO DA ADEQUAÇÃO DA VENTILAÇÃO NA REANIMAÇÃO NEONATAL COM O USO DE BALÃO AUTOINFLÁVEL TRADICIONAL VS VENTILADOR MANUAL (BABYPUFF®)

JOSÉ MARIA DE ANDRADE LOPES, PAOLA AZARA TABICAS LIMA, JOÃO HENRIQUE CARVALHO LEME DE ALMEIDA, JOSÉ ROBERTO DE MORAES RAMOS, BÁRBARA DEBEVEC - IFF-FIOCRUZ/RJ

Introdução: Aproximadamente 3 a 5% dos recém-nascidos (RN) necessitam de reanimação, anualmente e uma adequada ventilação é a chave do sucesso. Ao nascimento, um entre dez RN necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos. A mesma pode ser realizada com balão ou ventilador manual. Inexistem, em nosso meio, estudos comparativos destes ventiladores. **Objetivo:** Comparar a adequação da ventilação manual entre o balão autoinflável e Babypuff®. **Métodos:** Médicos do Departamento de Neonatologia, com curso de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria há menos de 2 anos ou com 4 anos ou mais de experiência em reanimação neonatal, participaram do estudo. Os participantes foram submetidos a duas sessões de treinamento de 10 minutos, onde observaram a expansão do tórax do manequim neonatal (Laerdal) com pressões fixadas em 20(PIP) e 5(PEEP) x 40 incursões por minuto. Os testes foram realizados no laboratório de função pulmonar, sendo as pressões registradas por transdutores de pressão (Validyne) conectados a um computador para armazenamento dos dados. Após os testes, os participantes realizaram um período (20 segundos) de ventilação com os dois aparelhos, observando o manequim, mas sem acesso às pressões geradas. Analisamos as pressões geradas com os dois aparelhos e comparamos a experiência dos operadores (staffs vs residentes), com aprovação do Comitê de Ética. **Resultados:** Houve grande variação nas pressões geradas com os dois aparelhos. As pressões obtidas com o balão foram significativamente menores que com o Babypuff® - média 13,2 +/-5,0 cmH2O (6,1 a 26,1) cmH2O vs 17,9 +/-2,6 cmH2O (8,9 a 20,7), $p < 0.02$. Observamos diferença estatisticamente significativa entre as pressões obtidas por staffs e residentes com o Babypuff® - 18,6 +/-1,6 cmH2O vs 16,8 +/-3,4 cmH2O, $p < 0,04$. **Conclusão:** Observamos geração insuficiente de pressão e grande variabilidade em ambos aparelhos. Entretanto os resultados obtidos com o Babypuff foram melhores.

PC-18 - O USO DE VENTILADOR MECÂNICO MANUAL REDUZ A INTUBAÇÃO TRAQUEAL NA SALA DE PARTO E NAS PRIMEIRAS 72 HORAS DE VIDA EM PREMATUROS?

ANA CLAUDIA SOARES, CECILIA MARIA DRAQUE, EDINEIA VACILOTTO LIMA, MARIA ANGELA SARAIVA, GUILHERME DE ASSIS SANCHO, MONICA CARCELES, EDUARDO AMARO - PRO MATRE PAULISTA

Objetivo: Avaliar se a ventilação com pressão positiva (VPP) aplicada com ventilador mecânico manual reduz a intubação traqueal (IOT) na sala de parto e nas primeiras 72h quando comparada à VPP com balão auto-inflável, em prematuros. **Método:** Estudo caso-controle realizado com 54 pacientes de 23-32 semanas de idade gestacional (IG), sem malformação, nascidos de jul/08-dez/10, que receberam VPP ao nascer (AAP, 2006), por meio de ventilador mecânico manual em T (Neopuff) com máscara facial (CASO) ou de balão auto-inflável e máscara (CONTROLE). Para o pareamento considerou-se a diferença máxima de 1 semana de IG e de 100g de peso ao nascer. Os desfechos incluíram a IOT na sala de parto e nas primeiras 72h de vida. Características maternas e neonatais foram comparadas com o teste de Fisher, teste-t e Mann-Whitney. **Resultados:** As características dos 27 casos e dos 27 controles foram semelhantes quanto a: IG (28,2+2,4 semanas), peso ao nascer (1054+320g), hipertensão materna (20%), infecção materna (15%), corticóide antenatal (67%), gemelaridade (46%), parto cesárea (89%), peso adequado/IG (78%), sexo (masculino 41%) e administração de surfactante exógeno (84%). A mediana do Apgar 1 min. [casos 7 (3-9) vs controles 6 (1-8)] e do SNAPPE [casos 8 (0-71) vs controles 13 (0-94)] foram similares. O Apgar 5 minutos foi: casos 9 (7-10) vs controles 8 (4-10) (p=0,04). Nos pacientes que receberam VPP com ventilador mecânico manual, a IOT na sala de parto foi realizada em menor frequência [casos 12 (44%) vs controles 21 (78%) - RR 0,57 (IC95%: 0,36-0,91)] com tendência a menor chance de IOT nas primeiras 72h. [casos 19 (70%) vs controles: 24 (90%), RR 0,79 (IC95%: 0,6-1,05), p=0,17]. **Conclusão:** Nesta amostra de recém-nascidos com idade gestacional inferior a 33 semanas, observa-se que a VPP aplicada com ventilador mecânico manual reduz a chance de intubação traqueal na sala de parto.

PC-19 - HIPOTERMIA À ADMISSÃO EM UTI NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: INCIDÊNCIA E FATORES DE RISCO

ANA CLAUDIA SOARES, CECILIA MARIA DRAQUE, EDINEIA V LIMA, MARIA ANGELA SARAIVA, GUILHERME A SANCHO, MONICA CARCELES, FLAVIA LS PINTO, WILMA R TAVARES, EDUARDO R AMARO - PRO MATRE PAULISTA

Objetivo: Determinar a frequência de hipotermia em prematuros (PT) no momento da internação em UTI neonatal entre 2007 e 2010 e avaliar os fatores maternos e neonatais associados à presença de hipotermia (temperatura axilar < 36,5°C). **Método:** Coorte prospectiva de recém-nascidos (RN) <1500g de hospital privado em dois períodos (I 2007-2008, II 2009-2010). Os RN foram recepcionados na sala de parto por neonatologistas treinados em reanimação conforme o ILCOR/2005 nos dois períodos. A partir de 2009 iniciou-se um grupo específico para melhora da qualidade de assistência ao RN na sala de parto. As características maternas e neonatais e os procedimentos de reanimação foram comparados nos 2 períodos com Fisher, qui-quadrado, teste-t e Mann-Whitney. A regressão logística foi aplicada para avaliação dos fatores de risco para o desfecho hipotermia. **Resultados:** No período I, dos 161 RN avaliados 136 (84%) tiveram hipotermia e no período II dos 189 avaliados 124 (66%) apresentaram hipotermia (p=0,0001). A presença de síndrome hipertensiva (32%), corioamnionite (6%), corticóide antenatal (78%), gemelaridade (54%), necessidade de reanimação (59%), RN pequeno para a idade gestacional (PIG) (42%), sexo masculino (47%), PN (1100g), idade gestacional (29 semanas) foi semelhante nos dois períodos, entretanto o parto cesárea foi mais freqüente no período I (97) vs II (89) (p=0,007). Ao longo do estudo, 260 RN apresentaram hipotermia na admissão à UTI neonatal. À regressão logística, quando ajustada para gemelaridade, PIG e ventilação com máscara ou cânula traqueal, a hipotermia associou-se ao PN <1000g (OR 5,51; IC 95% 2,54-11,95). **Conclusão:** A hipotermia em RN PT <1500g, com maior risco para os de extremo baixo peso, é elevada à admissão na UTI neonatal, porém vem melhorando com o controle de qualidade da assistência ao RN na sala de parto.

PC-20 - ÍNDICE DE APGAR 0 A 3 NO 1º E 5º MINUTO E EVOLUÇÃO PARA ÓBITO INFANTIL: ESTUDO POPULACIONAL

ÂNGELA CRISTINA VIAU¹, MARIA FERNANDA B DE ALMEIDA¹, RUTH GUINSBURG¹, JOSIANE QUINTILIANO XAVIER DE CASTRO¹, MANDIRA DARIPA¹, BERNADETE CUNHA WALDVOGEL², MARGARETE SILVA JORDANI², MÔNICA LA PORTE TEIXEIRA², VALMIR ARANHA² - ¹UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, ²FUNDAÇÃO SEADE

Introdução: A mortalidade infantil dos recém-nascidos com Apgar 0-3 no 5º minuto chega a 19% nos países desenvolvidos. **Objetivo:** determinar a incidência e a mortalidade infantil nos nascidos com Apgar 0-3 no 1º e no 5º minuto em São Paulo e analisar as variáveis associadas ao óbito infantil. **Método:** Coorte populacional de nascidos vivos sem malformações congênicas com Apgar 0-3 no 1º e no 5º minuto no Estado de São Paulo em 2006 e 2007. A identificação dos nascidos com Apgar 0-3 foi feita por meio das Declarações de Nascido Vivo e/ou dos prontuários médicos. A base de dados foi constituída pelas Declarações de Nascido Vivo (2006-2007) e Declarações de Óbito (2006-2008), por vinculação determinística. Analisaram-se as variáveis demográficas associadas ao óbito infantil por regressão logística. **Resultados:** Identificados 1.639 nascidos com Apgar 0-3 no 1º e 5º minutos em 1.027.132 (1,6/1000) nascidos vivos. Evoluíram para óbito infantil, 615 (95%) dos nascidos com Apgar 0-1 e 532 (54%) daqueles com Apgar 2-3 no 5º minuto. Dos 1.075 óbitos neonatais, 880 (82%) ocorreram

nas primeiras 24h. Dos 25 sobreviventes com Apgar 0-1 no 1º e 5º minuto, metade apresentou alterações neurológicas à internação hospitalar. Dentre os 357 nascidos de 22-27 semanas de gestação e Apgar 0-1 no 5º minuto, o único sobrevivente apresentou alterações neurológicas. A regressão logística evidenciou que Apgar 0-1 no 5º minuto (OR 16,61, IC 95% 11,13-24,79), baixo peso (OR 7,52, IC 95% 5,72-9,87), nascimento em hospital fora da capital (OR 1,74, IC 95% 1,30-2,33), em hospital não público (OR 1,55, IC 95% 1,18-2,04) e durante a noite (OR 1,31, IC 95% 1,02-1,71) associaram-se ao óbito infantil. **Conclusão:** Esforços para qualificar o atendimento perinatal e diminuir a incidência de asfixia e a mortalidade dela decorrente devem visar hospitais privados e Santas Casas no interior do Estado de São Paulo.

PC-21 - CITATIONS IN PUBMED DATABASE RELATED TO NEONATAL RESUSCITATION AND DELIVERY ROOMS: A FAST AND PROGRESSIVE GROWTH

TULIO KONSTANTYNER¹, THAIS CLAUDIA ROMA DE OLIVEIRA² - ¹UNIFESP – LSHTM, ²FSP/USP – LSHTM

Introduction: adequate care to newborn infants in the delivery rooms is essential to prevent neonatal asphyxia and death. Efforts have been made and guidelines have been reconsidered to improve the neonatal assistance in delivery rooms. **Objectives:** estimate the number and characteristics of publications indexed in PubMed database issues related to neonatal resuscitation and delivery rooms since the first one to current time. **Methods:** it was performed two electronic searches in PubMed which is a service of the U.S. National Library of Medicine that includes over 19 million citations from MEDLINE and other life science journals and online books. In the first search, it was used the terms neonatal [All Fields] AND (“resuscitation” [MeSH Terms] OR “resuscitation” [All Fields]), and in the second search, the term “delivery rooms” [MeSH Terms]. Moreover, the findings were sorted by date and language. **Results:** we found 3,955 and 967 citations in the first and the second search, respectively. The oldest ones were from 1945 and 1979 addressed to “neonatal resuscitation” and “delivery rooms”, respectively. The higher number of them was written in English, but new languages have appeared in the last decades. Both searches showed a fast and progressive growth of the number of citations in the course of the years. **Conclusion:** we concluded that the issues “delivery rooms” and “neonatal resuscitation” have been approached by the researchers more often, possibly given the better understanding of the importance of them and the growth of the number of journals indexed by PubMed. In addition, spite of the emergence of others languages in scientific communication, the English language domain is most important to understand and follow the knowledge generation related to these themes. Finally, we suggest its insertion as a MeSH term in the National Library of Medicine’s controlled vocabulary thesaurus in order to permit searching at that level of specificity.

PC-22 - REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA ANÁLISE DOS 113 ÓBITOS ASSOCIADOS À ASFIXIA AO NASCER EM 2009, EM MACEIÓ-AL.

JUNKO OLIVEIRA, CICERO SILVA, FERNANDA ALMEIDA, RUTH GUINSBURG, CLÁUDIO SORIANO – UNICISAL E UNIFESP

Introdução: Alagoas é o estado brasileiro com maior taxa de mortalidade infantil e neonatal. **Objetivo:** descrever aspectos da assistência realizada ao nascimento nos recém-nascidos (RN) que evoluíram para óbito decorrente de asfixia ao nascer em Maceió, 2009. **Método:** Estudo transversal prospectivo com busca ativa diária em prontuários dos RN que faleceram até 27 dias, nas 8 maternidades públicas de Maceió, de Jan-Dez/2009. Óbito associado à asfixia obedeceu a >1 critério: Apgar <6 no 5min., síndrome de aspiração meconial, encefalopatia hipóxico-isquêmica, Apgar <3 no 1min com ventilação com pressão positiva (VPP), hipóxia/asfixia ao nascer na declaração de óbito. A análise descritiva incluiu variáveis maternas e procedimentos de reanimação, além da infra-estrutura para a reanimação nas salas de parto. **Resultado:** Em 2009, dos 20.870 nascidos nas 8 maternidades, ocorreram 243 óbitos neonatais evitáveis, 113 (47%) deles associados à asfixia ao nascer, com as seguintes características: hipertensão materna 19 (17%), parto vaginal 79 (70%), líquido amniótico meconial 22 (19%), peso 1551±1135g e idade gestacional 30±6 semanas. Dos 113 pacientes, 12 não foram reanimados, 13 (12%) receberam VPP com balão e máscara, 50 (44%) VPP com balão e cânula traqueal, 16 (14%) VPP com massagem cardíaca e 2 (2%) VPP com massagem e medicação. Nos 86 RN <2500g, 92% foram assistidos por obstetra e pediatra, entretanto 10 dos 25 RN ≥2500g não contaram com esses profissionais ao nascimento. Apenas 4 (50%) maternidades tinham estrutura física, material e equipamentos para a reanimação neonatal em sala de parto, sem modificação ao longo do ano. Dos 104 pediatras e 149 profissionais de enfermagem, respectivamente, 62% e 49% receberam treinamento em reanimação neonatal. **Conclusão:** Em 2009, as maternidades públicas de Maceió contavam com recursos físicos, materiais e humanos deficientes para a assistência, detectando-se a asfixia em metade dos óbitos neonatais, apesar da maioria desses nascidos vivos ter recebido assistência ao nascer.

PC-23 - DIFERENÇA NO APRENDIZADO DE REANIMAÇÃO NEONATAL ENTRE ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO PARÁ

REJANE SILVA CAVALCANTE¹, VILMA F. HUTIM², MARIANE CORDEIRO A. FRANCO¹, AURIMERY GOMES CHERMONT³, LEILA HABER FEIJÓ¹, ROSA VIEIRA MARQUES¹, LÍGIA CRISTIANE CARDOSO DO NASCIMENTO⁴, JULIANA BRENGARTNER², MÁRCIA WANDERLEY ANAISSE¹, SARAH SILVA BEZERRA² - ¹UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, ²FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, ³UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ, ⁴MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA

Introdução: O ensino da reanimação neonatal para enfermeiros (E) e técnicos de enfermagem (TE) é prioritário, sobretudo nos municípios com carência de médicos e elevada mortalidade neonatal precoce. **OBJETIVOS:** Avaliar e comparar, após curso de reanimação neonatal, o conhecimento de E e TE sobre reanimação neonatal. **Método:** Estudo transversal, com E e TE, procedentes da capital e de municípios do interior do estado, que participaram de dois cursos teórico prático de reanimação neonatal do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, segundo as normas de 2011. Foram aplicados três questionários: Q1- dados demográficos, Q2 - avaliação do curso e Q3 - pré e pós-teste de conhecimento sobre reanimação neonatal. Para estimar as diferenças entre as categorias profissionais (E e TE) foram criados escores de zero (inadequação completa) a 100 adequação completa). Utilizou-se testes qui-quadrado, Mann-Whitney, Wilcoxon e $p < 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 45 E e 169 TE. A idade média foi de 37 e 36 anos, 78 e 0% tinham pós graduação, 66 e 62% prestam assistência ao recém-nascido ($p=0,9603$), 62 e 84% fizeram o curso pela primeira vez ($p=0,0013$), respectivamente para E e TE. As duas categorias profissionais avaliaram as aulas teóricas e as mesas de prática com escore próximo ao máximo e a soma dos itens avaliados recebeu mais de 95% de satisfação ($p < 0,0001$). Todos os profissionais responderam que o curso vai melhorar sua prática clínica. Enfermeiros apresentaram conhecimento prévio e após o curso maior que os técnicos ($p < 0,0001$), contudo houve melhora similar do conhecimento de E (50% - 84%) e de TE (42 - 71%) ($p=0,0644$). **Conclusão:** A diferença de escolaridade entre enfermeiros e técnicos de enfermagem não interferiu com a intensidade do acréscimo de conhecimento sobre reanimação neonatal.

PC-24 - CURSO PARA AUXILIARES DA REANIMAÇÃO NEONATAL: É POSSÍVEL MANTER A QUALIDADE COM MAIOR NÚMERO DE PROFISSIONAIS POR INSTRUTOR?

REJANE SILVA CAVALCANTE¹, VILMA F. HUTIM², ANDREIA BAYMA PINHEIRO², MARCIA MACIEL ROJAS², RAFAEL SOUZA DO NASCIMENTO³, VALÉRIA APARECIDA CASELLI FERREIRA⁴, LAURA DE ANDRADE GONÇALVES⁴, KÁTIA CRISTINA DE ALMEIDA PINHO², EDILENE COSTA CARVALHO⁴, MARJANE AZEVEDO SERRA² - ¹UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, ²FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, ³MATERNIDADE SAÚDE DA CRIANÇA, ⁴SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA

Introdução: A escassez de profissionais capacitados constitui-se no maior problema para ampliar a atenção clínica adequada em países com altas taxas de mortalidade neonatal, sendo o investimento em formação uma importante estratégia para a redução dos óbitos. **OBJETIVOS:** Avaliar o Curso de Reanimação Neonatal com número de participantes acima do atualmente preconizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). **Métodos:** Estudo transversal, com 45 enfermeiros (E) e 169 técnicos de enfermagem (TE), destes, 108 procedentes da Capital (PSC) e 106 de municípios do interior (PSI), que participaram de dois cursos teórico prático de reanimação neonatal (PRN-SBP), segundo as normas de 2011, com 157 e 212 participantes em cada curso. Utilizou-se 18 estações de prática com 10 a 12 alunos, sete secretárias, almoço e dois lanches no local. Foram aplicados três questionários: Q1- dados demográficos, Q2 - avaliação do curso e Q3 - pré e pós-teste de conhecimento sobre reanimação neonatal. Aplicou-se testes qui-quadrado, Mann-Whitney, Wilcoxon e $p < 0,05$. **Resultados:** A média de idade foi de 35 (20-70) anos. Estavam fazendo o curso e reanimação neonatal pela primeira vez 79% do grupo e 152 profissionais assistem ao RN em sala de parto. Todos os profissionais responderam que o curso vai melhorar sua prática clínica profissional, avaliaram as aulas teóricas e estações de prática com escore próximo ao máximo e, a soma dos itens avaliados, recebeu mais de 95% de satisfação de todas as categorias ($p < 0,0001$). Houve melhora de 65% do conhecimento de E e 69% de TE ($p=0,0644$). Nos PSI a melhora foi de 68% e de 64% PSC ($p=0,4568$). **Conclusão:** A melhora no conhecimento sobre reanimação neonatal e a satisfação dos profissionais participantes mostra ser possível treinar com qualidade maior número de profissionais por curso e por estação de prática.

PC-25 - A CONTRIBUIÇÃO DO CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA O RECÉM-NASCIDO DO PARÁ

REJANE SILVA CAVALCANTE¹, VILMA F. HUTIM², OZANEIDE CANTO GOMES³, GISELY DE NAZARÉ FLEXA VIANA², ELAINE AUGUSTA DAS NEVES FIGUEIREDO³, DANYELLE PAVÃO DE MELO², MARÍLIA NAZARETH A. C. DE FARIAS², LÚCIA MARGARIDA COSTA CAMPOS³, ANA CLÁUDIA FONSECA DE M. FREIRE MENDES³, SILVANA CRISTINA R. DA SILVA³ - ¹UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ, ²FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, ³SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA

Introdução: A qualificação do enfermeiro (E) e do técnico de enfermagem (TE) que assistem ao recém-nascido em sala de parto deve ser estimulada, em especial, nos locais carentes de pediatras e/ou neonatologistas. **Objetivo:** Conhecer e comparar o perfil dos profissionais de saúde da capital (PSC) e de municípios do interior do estado (PSI) que participaram do curso de reanimação neonatal. **Método:** Estudo transversal com E e TE, PSC e PSI, que participaram de dois cursos teórico

prático e reanimação neonatal do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, segundo as normas de 2011. Foram aplicados três questionários: Q1- dados demográficos, Q2 - avaliação do curso e Q3 - pré e pós-teste de conhecimento sobre reanimação neonatal. Para estimar as diferenças entre os profissionais foram criados escores de zero a 100. Utilizou-se testes qui-quadrado, Mann-Whitney, Wilcoxon e $\alpha < 0,05$. **Resultados:** Participaram do estudo 108 PSC e 106 PSI. A idade média foi de 35 e 36 anos, 22 e 10% tinham pós graduação ($p=0,0192$), 74 e 77% prestam assistência ao recém-nascido ($p=0,5756$), 84 e 62% fizeram o curso pela primeira vez ($p<0,0001$), respectivamente PSC e PSI. Os PSC e PSI avaliaram as aulas teóricas e as estações de prática com escore próximo ao máximo. Todos os profissionais responderam que o curso vai melhorar sua prática clínica profissional. PSC apresentaram conhecimento prévio e após o curso maior que os PSI ($p<0,0001$), entretanto houve melhora equivalente do conhecimento de PSC 64% (47 - 77%) e 68% (41- 69%) de PI ($p=0,456$). **Conclusão:** Elevado percentual dos participantes do curso assiste ao RN em sala de parto sem treinamento específico para a atividade. O incremento do conhecimento e a boa avaliação do curso nos dois grupos sugerem possibilidade na melhora da assistência em sala de parto no local de trabalho desses profissionais.

PC-26 - A EVOLUÇÃO DA OCORRÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL EM HOSPITAIS PARTICIPANTES DA REDE DE PROTEÇÃO A MÃE PAULISTANA (RPMP) DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP), NO PERÍODO DE 2006 A 2010.

LILIAN SADECK¹, GENY YAO¹, ATHENÉ MAURO¹, CELSO TERRA², FERNANDO AYRES², BERTILLE FERREIRA²

¹SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO AT SAÚDE DA CRIANÇA, ²SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO REDE DE PROTEÇÃO MÃE PAULISTANA

Introdução: A monitoração da asfixia perinatal serve como instrumento para avaliar as condições de nascimento dos recém-nascidos(RN). Assim, pode-se avaliar o impacto das intervenções instituídas pelo gestor. A RPMP, pactuada em 2006, para implementar o fortalecimento da atenção pré-natal, cobertura, qualidade, grade de referência para parto e da atenção neonatal. **Objetivo:** Avaliar as condições de nascimento e recuperação, através do Apgar1'e 5', em RN de maternidades(RPMP), de acordo com peso de nascimento(PN), de 2006 a 2010. **Método:** Coorte, utilizando-se o banco de dados da SMS-SP(CEInfo). Atualmente a RPMP é constituída:16 maternidades municipais, 14 estaduais, 5 contratadas SUS, 4 universitárias. Incluídos nascidos vivos (NV) destas unidades, de acordo com o ano e o PN. Excluídos os com Apgar ignorado e PN <500 gramas. Para a análise do impacto da RPMP, comparou-se a prevalência de Apgar1'< 4 e a recuperação do Apgar 5'(> 4) ano a ano, de acordo com PN: PN>2500g, BP<2500g, MBP<1500g e MMBP<1000g. Teste Qui-quadrado, Epi-info. Significância: $p < 0,05$. **Resultados:** Admitidos 108811 NV (2006), 106977 NV (2007), 105362 NV (2008), 106717 NV(2009) e 104652 NV (2010). Excluídos: 72(0,07%) 2006, 90(0,08%) 2007, 56(0,05%) 2008, 56(0,05%) 2009 e 75(0,07%) 2010. A prevalência de Apgar1'<4 foi de 2,26%(2006), 2,28%(2007), 2,19%(2008), 2,13%(2009) e 2,09%(2010)($p<0,002$) e recuperação do Apgar 5': 80,94% (2006), 83,73%(2007), 84,61%(2008), 85,49%(2009) e 83,65%(2010)($p<0,02$). De acordo com PN a prevalência de Apgar 1'<4 foi de: PN<2500g 1,63%(2006) e 1,57%(2010), BP 7,96%(2006) a 6,72%(2010), MBP 27,78%(2006) a 24,50%(2010), MMBP 41,96%(2006) a 40,90%(2010) e recuperação do Apgar5' PN>2500g 84,48%(2006) e 90,16%(2009), BP 74,42%(2006) a 76,03%(2009), MBP 69,29%(2006) a 73,02%(2009), MMBP 64,33%(2006) a 69,61%(2009).**Conclusão:** A implantação da RPMP melhorou as condições de nascimento, observado pelo declínio da prevalência de Apgar1'< 4, em todas as faixas de PN. Houve melhora da recuperação do Apgar5' até 2009, mais evidente na faixa de PN > 2500g.

PC-27 - EVOLUÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS COM IDADE GESTACIONAL MAIOR OU IGUAL A 34 SEMANAS PROVENIENTES DE CENTROS COM E SEM PADRONIZAÇÃO DAS NORMAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL

MAYRA RIBEIRO DAMASCENO, MARIA REGINA BENTLIN, ANTONIO RUGOLO JUNIOR, GRASIELA BOSSOLAN, GLAUCE REGINA FERNANDES GIACÓIA, SÁSKIA MARIA W. FEKETE, LEIA ROSSETO RODRIGUES, LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO, TABATA RIBEIRO LINO, GUIDA MARIANA BRASIL DE CAMARGO CARDOSO - DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Introdução: asfixia perinatal é importante causa de morte. Assistência adequada ao RN em sala de parto melhora o prognóstico. **Objetivo:** comparar evolução de pacientes nascidos gravemente asfixiados em Centro terciário com normas do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) vs externos (sem PRN) internados em UTI Neonatal. **Métodos:** coorte retrospectiva, realizada em UTI Neonatal de Hospital terciário durante 15 meses. Incluídos RN com idade gestacional ≥ 34 semanas com diagnóstico de asfixia perinatal (Apgar de 1º min:0 a 3 ou 5º min < 7 ou sinais de sofrimento fetal), admitidos na UTI nas primeiras 24h de vida. Excluídos RN com infecção congênita ou malformações maiores. Variáveis dos RN: procedência, dados demográficos e do nascimento, procedimentos, evolução (encefalopatia hipóxico isquêmica-EHI e morte). Formação de grupos: nascidos no Serviço (com PRN) vs externos (sem PRN). Estatística: testes paramétricos e não paramétricos, com $p < 0,05$. **Resultados:** No período foram internados na UTI 225 RN com idade gestacional ≥ 34 semanas. Asfixia foi responsável por 27% das internações externas e 12% dentre os nascidos no serviço ($p=0,01$). A comparação entre os grupos externos e nascidos em centro terciário, respectivamente, mostrou média de idade gestacional de 38,5 x 37 sem ($p=0,005$). Não houve diferença entre os grupos quanto ao peso de nascimento, Apgar de 1º e 5º minutos, suporte ventilatório e cateteres. A EHI grau II foi a mais prevalente nos dois grupos (40 x 33%), entretanto EHI grau III (14%) e morte em decorrência

da asfixia só ocorreram no grupo de RN externos. **Conclusões:** A asfixia foi a principal causa de internação em UTI dos RN ≥ 34 sem externos (sem PRN). A evolução foi mais grave nos RN asfíxicos externos (formas graves da EHI e morte). Medidas preventivas no pré natal e disseminação do PRN são fundamentais para a redução da asfixia.

PC-28 - FATORES ASSOCIADOS À INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM SALA DE PARTO E PROGNÓSTICO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

MIRIAM HASHIMOTO, ADRIANA SAITO, MARIA REGINA BENTLIN, LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO, ANA KARINA CRISTIUMA DE LUCA, ALICE MARIA KIY, JOÃO CESAR LYRA - UNESP/FMB

Introdução: A necessidade e a intensidade da reanimação em sala de parto são inversamente proporcionais à idade gestacional. Em especial, a intubação e ventilação com pressão positiva são bastante frequentes nos prematuros de muito baixo peso. **Objetivo:** Avaliar os fatores perinatais, a morbidade e mortalidade neonatal associados à intubação na sala de parto em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP). **Métodos:** Estudo de coorte com RNMBP nascidos sem malformações congênicas múltiplas em um hospital terciário entre 2006 e 2010. Analisados os dados gestacionais, do nascimento, morbidade respiratória e neurológica e mortalidade neonatal. Teste t de student ou Mann-Whitney, X², cálculo do risco relativo com intervalo de confiança e análise multivariada com regressão logística foram usados na análise dos resultados. **Resultados:** Dos 435 RN incluídos, 195 (45%) foram intubados ao nascimento (GI) e 240 não (GII). Os RN intubados tiveram menores: peso de nascimento ($894g \pm 265$ vs $1210g \pm 220$, $p < 0,001$), idade gestacional ($27 \pm 2,5$ vs $30 \pm 2,3$, $p < 0,001$) e APGAR de 1 e 5 minutos ($3vs6$ e $7vs8$, $p < 0,001$, respectivamente). Os fatores independentes de risco para intubação foram idade gestacional (OR= 0,92, IC95%: 0,90-0,93) e parto vaginal (OR=2,56, IC95%: 1,45-4,35). Nos RN intubados foi mais frequente o uso de ventilação mecânica (87% vs 45%, $p < 0,001$) e de surfactante (67% vs 25%, $p < 0,001$) e a evolução neonatal foi pior, com maior ocorrência de convulsão (37% vs 8,4%, RR=4,40, IC95%: 2,81-6,88), hemorragia intraventricular graus 3-4 (23% vs 4,6%, RR=5,03, IC95%: 2,68-9,47), displasia broncopulmonar com 36 semanas (31% vs 9,5%, RR=3,30, IC95%: 2,00-5,43), óbito neonatal precoce (28,7% vs 2,5%, RR=11,49, IC95%: 5,06-26,09) e tardio (19% vs 5%, RR= 3,50, IC95%:1,92-6,40). **Conclusão:** O grau de prematuridade e o parto vaginal são fatores de risco para intubação do RNMBP em sala de parto. RNMBP intubados ao nascimento têm pior prognóstico pulmonar e neurológico e maior mortalidade neonatal.

PC-29 - ASSISTÊNCIA A PREMATUROS TARDIOS EM SALA DE PARTO: SÃO NECESSÁRIOS CUIDADOS ESPECÍFICOS?

TABATA RIBEIRO LINO, DANIELA F. TOLEDO, TATIANE REGINA BUETTO, JOÃO CESAR LYRA, LIGIA MARIA S. S. RUGOLO, GERALDO HENRIQUE SOARES DA SILVA, LEONARDO PARIZZI - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Introdução: Prematuros tardios apresentam maior risco de morbidade desde o nascimento. **Objetivo:** Avaliar a necessidade de reanimação e a frequência de dificuldade respiratória, em sala de parto, em prematuros tardios (PTT) comparados com recém-nascidos a termo (RNT). **Métodos:** Estudo observacional retrospectivo de RN ≥ 34 , 34 semanas, nascidos-vivos sem malformações ou infecções congênicas, em maternidade terciária no período de 2 anos. Amostra aleatória, por sorteio, distribuída em 2 grupos: PTT (34 a 36 semanas) e RNT. Variáveis: idade gestacional, peso de nascimento, necessidade de procedimentos de reanimação e sinais de dificuldade respiratória na sala de parto, caracterizados pelo boletim de Silverman-Andersen ≥ 4 . Teste t de Student ou Mann-Whitney, qui-quadrado ou teste exato de Fisher, cálculo do risco relativo e "odds ratio" com intervalo de confiança foram usados na análise dos resultados. **Resultados:** Foram estudados 154 RN, sendo 78 PTT e 76 RNT. As médias de peso e idade gestacional dos prematuros foram: $2354g \pm 402g$ e $35 \pm 0,8$ semanas. Parto cesáreo ocorreu em 61% dos PTT e 40% dos RNT ($p=0,006$). Não houve diferença entre PTT e RNT, quanto a realização de ventilação com pressão positiva (16% vs 8%) e intubação (4% vs 3%). Massagem cardíaca e uso de drogas ocorreram em apenas um PTT e nenhum RNT. Houve dificuldade respiratória em 32% dos PTT e 13% dos RNT ($p = 0,006$). PTT de 34-35 semanas apresentaram maior necessidade de ventilação com pressão positiva ($p = 0,024$, O.R. = 3,2, IC 95%: 1,16-9,29) e maior frequência de dificuldade respiratória ($p = 0,001$, O.R. = 4,2, IC 95%: 1,80-9,83) comparados aos RNT, o que não ocorreu com os de 36 semanas. **Conclusões:** Necessidade de ventilação com pressão positiva e dificuldade respiratória em sala de parto são mais frequentes em PTT de 34-35 semanas.

PC-30 - ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO A RECÉM-NASCIDOS MACROSSÔMICOS.

GRASIELLA BOSSOLAN, LIGIA MARIA S. S. RUGOLO, MARIA REGINA BENTLIN, ADRIANA SAITO, MIRIAM HASHIMOTO, ANTONIO RUGOLO JUNIOR, TATTIANA MARQUES ALVAREZ TABATA RIBEIRO LINO - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Introdução: A macrosomia fetal está associada ao aumento no risco de problemas ao nascimento. **Objetivo:** Avaliar a necessidade de reanimação em sala de parto nos recém-nascidos (RN) macrossômicos. **Métodos:** Estudo transversal de uma coorte de RN macrossômicos (PN acima de 4000g) nascidos na Maternidade de um Centro Universitário de nível terciário no período de 2000 a 2005. Os RN foram classificados em dois grupos: G1=210 RN peso acima de 4000g e G2=27 peso acima de 4500g. Variáveis de estudo: idade gestacional, tipo de parto, líquido amniótico meconial, manobras de reanimação em sala de parto, Apgar no 1º e 5º minutos. Na análise estatística foi utilizado o teste do Qui-quadrado ou exato de Fisher

($p < 0,05$). **Resultados:** Incidência de RN macrossômicos durante o período foi de 3,2% dos nascidos vivos. Estudados 237 RN macrossômicos, estratificados em dois grupos: G1 peso maior ou igual a 4000g e G2 maior ou igual a 4500g. Em G1, 38% dos RN foram filhos de mães diabéticas e em G2 55%. Houve predomínio de parto cesáreo em ambos os grupos, 64% G1 e 74% G2. Líquido amniótico meconial ocorreu em 14% de G1 e 8% de G2. Em apenas 8,5% de G1 e 7,4% de G2 houve necessidade de ventilação com balão e máscara, massagem cardíaca e uso de drogas foram excepcionalmente raros. A ocorrência de depressão neonatal (25% x 22%) e de toco-traumatismo (7% x 6%) foi semelhante nos 2 grupos. **Conclusão:** A necessidade de reanimação em sala de parto foi baixa nos RN macrossômicos, mesmo nos maiores que 4500g.

PC-31 - REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR AVANÇADA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: FATORES PERINATAIS ASSOCIADOS E PROGNÓSTICO.

LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO, ADRIANA SAITO, MIRIAM HASHINOTO, ANTONIO RUGOLO JUNIOR, GRASIELA BOS-SOLAN, SIMONE MANSO DE CARVALHO, JOSIE MUNHOZ PIMENTEL - UNESP/FMB

Introdução: Reanimação cardiopulmonar avançada (RCPA) em sala de parto inclui os procedimentos de massagem cardíaca e uso de adrenalina, e sua necessidade é maior quanto menor a idade gestacional e peso de nascimento. **Objetivo:** Avaliar os fatores perinatais, a morbidade neurológica e mortalidade neonatal associados à RCPA na sala de parto em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP). **Métodos:** Estudo de coorte com RNMBP nascidos sem malformações congênicas múltiplas em um hospital terciário entre 2006 e 2010. Avaliados os dados gestacionais, do nascimento, ocorrência de convulsões, hemorragia peri-intraventricular (HPIV) grave, leucomalácia periventricular (LPV) e óbito no período neonatal. Teste t de student ou Mann-Whitney, X², cálculo do risco relativo com intervalo de confiança e análise multivariada com regressão logística foram usados na análise dos resultados. **Resultados:** Foram incluídos 435 RN, dos quais 38 (8,7%) com RCPA (G1) e 397 sem RCPA (G2). Os RN com RCPA tiveram menores peso de nascimento ($821g \pm 255$ vs $1093g \pm 281$, $p < 0,001$), idade gestacional (26 ± 3 vs 29 ± 3 , $p < 0,001$) e APGAR de 1 e 5 minutos (1 vs 4 e 3 vs 8 , $p < 0,001$, respectivamente). Em G1 houve maior ocorrência de RN $< 750g$ (50% vs 15%, $p < 0,001$), RN < 28 semanas (79% vs 31%, $p < 0,001$), e o parto vaginal foi mais frequente (58% vs 36%, $p = 0,009$). Na regressão logística os fatores associados à RCPA foram idade gestacional (OR = 0,94, IC95%: 0,92-0,96) e ausência de pré-natal (OR = 3,41, IC95%: 1,15-10,06). A presença de convulsão, HPIV e LPV não diferiu entre os grupos, mas a mortalidade em sala de parto (18,4% vs 0,5%, RR = 36,60, IC95%: 7,87- 169,8) e do 1º ao 6º dia de vida (44,7% vs 9,6%, RR = 4,67, IC95%: 2,94-7,44) foi maior em G1. **Conclusão:** O grau de prematuridade e a ausência de pré-natal são fatores de risco para RCPA em RNMBP. Prematuros com RCPA têm alta mortalidade neonatal precoce.

PC-32 - IMPACTO DO USO DE ADRENALINA EM SALA DE PARTO NA MORTALIDADE E MORBIDADE EM RECÉM NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: EXPERIÊNCIA DE 7 ANOS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG.

JULIANA RIGHI DOS SANTOS¹, MARIA CÂNDIDA FERRAREZ BOUZADA VIANA¹, PAULA VASCONCELOS¹, MARÍLIA VILELA² ¹HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG, ²FACULDADE DE MEDICINA UFMG

Introdução: Não há recomendações específicas sobre uso de manobras de ressuscitação para recém nascidos de muito baixo peso (RNMBP) e há poucos dados na literatura sobre morbi/mortalidade relacionados ao uso da adrenalina. **Objetivo:** estudar morbi/mortalidade intra-hospitalar dos RNMBP que receberam adrenalina em sala de parto. **Método:** Estudo retrospectivo e descritivo de RNMBP nascidos entre janeiro/2004 a dezembro/2010. Os dados foram obtidos a partir de prontuários médicos e registrados em banco de dados específico, utilizando-se SPSS 17.0. O método estatístico empregado foi análise univariada. **Resultados:** Nasceram 659 RNMBP sendo excluídos da análise: 79 (malformações graves), 2 (parto domiciliar), 16 (idade gestacional de 18 a 23 semanas) e 14 (prontuários não encontrados). Dos 548 pacientes analisados o peso variou de 400 a 1495g (1067,52 DP289,33) e a idade gestacional (IG), de 24 a 39,2 semanas (29,4 DP2,9). Receberam adrenalina em sala de parto 7 pacientes (1,2%). Não houve diferença entre IG, peso ao nascimento, idade materna, via de parto e sexo entre os grupos. A frequência de displasia broncopulmonar (uso de oxigênio com 28 dias de vida), persistência do canal arterial, pneumotórax e convulsão foi semelhante. Pacientes que receberam adrenalina tiveram maior mortalidade 71,4% vs 21,8%, $p = 0,008$, menor apgar, considerando de 0 a 3 no primeiro e quinto minuto respectivamente 85,7% e 42,8% vs 23,7% e 5,8%, $p = 0,00001$. Realizado ultrassom transfontanela em 57% (receberam adrenalina) vs 85% (não receberam) e observou-se maior porcentagem de hemorragia peri-intraventricular (HPIV) grau 3 e 4 (50% vs 17,7%, $p = 0,001$) no grupo que recebeu medicação. Leucomalácia periventricular foi mais diagnosticada nos que necessitaram da droga (50% vs 13,4%) $p = 0,001$ e o uso de surfactante foi também maior neste grupo (85,7% vs 54,7%, $p = 0,0014$). **Conclusão:** os RNMBP que precisaram de reanimação e receberam adrenalina em sala de parto tiveram maior mortalidade e morbidade (maior lesão cerebral, seja por HPIV ou por leucomalácia).

PC-33 - DA REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO À MORBIDADE E MORTALIDADE, O QUE MUDOU NOS RECÉM NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG NASCIDOS NO PERÍODO

JULIANA RIGHI DOS SANTOS, MARIA CÂNDIDA FERRAREZ BOUZADA VIANA, PAULA VASCONCELOS, MARÍLIA VILELA FACULDADE DE MEDICINA UFMG

Introdução: A eficácia da reanimação neonatal inclusive nos recém nascidos de muito baixo peso (RNMBP) está recebendo atenção cada vez maior como uma oportunidade de salvar vidas e melhorar morbidades. Monitorar resultados é importante porque possibilita que metas sejam traçadas para aperfeiçoar assistência pré, peri e pós-natal. **Objetivo:** A partir da reanimação em sala de parto (SP) comparar a evolução dos RNMBP nos períodos: 2004/2005 - 2009/2010. **Método:** Estudo retrospectivo e descritivo de RNMBP nascidos entre janeiro/2004-dezembro/2005 e janeiro/2009-dezembro/2010. Dados obtidos de prontuários médicos e registrados em banco de dados específico, utilizando-se SPSS 17.0. Método estatístico: análise univariada. **Resultado:** Em 2004/2005 nasceram 214 pacientes, sendo excluídos da análise: 24 (malformação graves) e 3 (idade gestacional (IG) menor que 24 semanas), em 2009/2010 nasceram 171 pacientes, 17 com malformações e 4 com IG menor que 24s. IG variou de 24 a 37 semanas (29,55DP2,78), peso, de 400 a 1490 (1088DP183) em 2004/2005 e em 2009/2010, IG de 24 a 36,5 (29,27DP2,88) e peso de 440 a 1495 (1077DP258). Receberam pelo menos uma dose de corticóide 56% das mães no primeiro período VS 59%, sendo 40% dose completa VS 49% respectivamente. Considerando os períodos de 2004/2005 e 2009/2010 ocorreu respectivamente: Parto vaginal: 25,6% VS 38%, Apgar (1') inferior a 4: 22% VS 21,3%, Apgar (5') inferior a 4: 3,2% VS 6,6%, Oxigênio (SP) 97% VS 89%, Ventilação com pressão positiva: 57,2% VS 54%, Tubo: 36,8% VS 30,6%

Massagem: 1,6% VS 2%, Adrenalina: zero VS 2%, Uso do surfactante: 54,5% VS 60%, Displasia broncopulmonar (uso de oxigênio 28 dias): 35,2% VS 38,6%. Fizeram ultrassom-transfontanela: 84,5% VS 89%; apresentaram HPIV grau 3/4: 14,5% VS 23,4%; Leucomalácia: 13,3% VS 19,4%; Óbito: 21,4% VS 21,3%; Óbitos RN >1000g 22,5 % VS 18,7%; Enterocolite necrotizante: 10% VS 5,3%; Sepses tardias com hemocultura positiva: 32% VS 26,6%; Realização fundo de olho: 57,7% VS 68,6%; Retinopatia (ROP): 65,7% VS 55,3%; Laser: 5% VS 6,7%. **Conclusão:** em 2009/2010 diminuiu uso de oxigênio e entubação em SP, aumentou uso de surfactante, diminuiu frequência de ROP e aumentaram casos de HPIV grau 3/4, que poderia ser explicado pela maior quantidade de USTF realizado. Mortalidade foi semelhante nos dois períodos mas em 2009/2010 houve diminuição de óbitos nas crianças acima de 1kg.

PC-34 - NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA E INTUBAÇÃO TRAQUEAL AO NASCER EM NEONATOS COM MIELOMENINGOCELE

SIMONE AP. BASSO DA SILVA NEVES, RUTH GUINSBURG, MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA, GUILHERME ASSIS SANCHO - UNIFESP

Objetivo: Comparar a necessidade de procedimentos de reanimação em recém-nascidos (RN) com e sem mielomeningocele (MMC). **Método:** Estudo retrospectivo caso-controle de nascidos vivos em hospital universitário de 2001 a 2010. RN classificados em: MMC (disrafismo espinhal aberto e exposição do tecido nervoso) e Controle (sem malformações, pareado por sexo, parto, idade gestacional - IG e data de nascimento). Coletados dados demográficos maternos e neonatais. Desfechos principais: ventilação com pressão positiva ao nascer (VPP), necessidade de intubação traqueal (IOT) e boletim de Apgar <7 com 1 minuto. Análise por regressão logística para os desfechos primários, incluindo-se no modelo inicial as variáveis com $p < 0,10$. **Resultados:** Nos 10 anos, nasceram 94 RN com MMC, pareados a 94 controles. Características maternas (MMC vs. Controles): idade 27 ± 6 vs. 30 ± 2 ($p = 0,012$), primigesta 34 vs. 36%, >6 consultas pré-natal 64 vs. 86% ($p = 0,001$), hipertensão 4 vs. 14% ($p = 0,020$), parto cesárea 98 vs. 98%, apresentação cefálica 82 vs. 90%, raqui-anestesia 98 vs. 97%, parto diurno 79 vs. 63%. Características neonatais: IG <37 semanas 28 vs. 16% ($p = 0,052$), peso <2500g 21 vs. 13%, perímetro cefálico 34 ± 3 vs. 34 ± 2 cm, PIG 15 vs. 4% ($p = 0,012$), masculino 50 vs. 50%, necessidade de VPP ao nascer 31 vs. 7% ($p < 0,001$), IOT 14 vs. 4% ($p = 0,02$), Apgar <7 com 1 min. 20 vs. 6% ($p = 0,005$), Apgar <7 com 5 min. 5 vs. 2%. Ajustado para pré-natal, hipertensão materna, líquido meconial, nascimento diurno, IG e PIG, a MMC aumentou o risco ao nascer de VPP (OR 4,55, IC95% 1,82-11,41), IOT (OR 3,94, 1,14-13,59) e Apgar de 1 minuto <7 (OR 2,73, 0,99-7,57). **Conclusão:** Ao nascimento, o risco de o RN com MMC necessitar de ajuda para iniciar a respiração é 4 vezes maior que o daqueles sem malformação. A equipe deve estar apta a ventilar e intubar sem apoiar o dorso do RN na mesa de reanimação.

PC-35 - PREVALÊNCIA DE ASFIXIA PERINATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE TERMO E PRESENÇA DE ALTERAÇÕES NA ULTRASSONOGRÁFIA DE CRÂNIO SERIADA: 1, 3 E 28 DIAS DE VIDA APÓS TREINAMENTO

NADIA SANDRA OROZCO VARGAS^{1,2}, MARIA ESTHER JURFEST CECCON¹, TERESA URAS DE OLIVEIRA², ¹ICRHCFMUSP, ²HOSPITAL SANTA HELENA UNIMED PAULISTANA

Introdução: A asfixia perinatal é considerada a 2ª causa de óbito e uma das principais causas de lesões cerebrais no período neonatal que podem ser evidentes pela ultrassonografia de crânio (USGC) para o diagnóstico precoce destas alterações. **Objetivo:** Descrever a prevalência de asfixia perinatal em RN de termo, identificar o fator de risco materno, observar as alte-

rações da USGC seriada com 24 e 72 horas e 28 dias de vida, após treinamento de reanimação neonatal. **Métodos:** Estudo de coorte prospectivo realizado com 28 RN de termo, nascidos no período de 1/07/2009 a 1/07/2010. O critério de asfixia utilizado nesta casuística foi o de Buonocore definido pela presença de pelo menos dois dos seguintes: Acidose Metabólica com pH da veia umbilical ≤ 7.20 , Apgar no quinto minuto de vida < 6 , necessidade de fração de oxigênio inspirada (FiO_2) 0,40% para manter uma saturação de oxigênio de 86%. Coletado sangue da veia umbilical para gasometria e os dados coletados em formulário específico após consentimento livre e esclarecido dos pais. A USGC foi realizada com 24h, 72h e 28 dias de vida. **Resultados:** De 2989 nascidos vivos no período de estudo, 28 RNT apresentaram asfixia perinatal, o que representa 1% do total dos nascimentos e destes 21,42% apresentaram EHI. O fator de risco materno mais presente foi pré-natal incompleto em 24 casos. Quanto às alterações da USGC: com 1 dia de vida, RN apresentou alteração (3,5%), com 3 dias de vida 6 RN (21,42), e estes 6 RN evoluíram com encefalopatia hipóxico isquêmica, e na USG realizada com 28 dias de vida apresentavam hemorragia intracraniana grau IV. **Conclusões:** A prevalência de asfixia perinatal está dentro dos valores citados na literatura, salientamos a importância do treinamento de reanimação neonatal. A USG de crânio mostrou-se adequado para o diagnóstico precoce das alterações cerebrais.

PC-36 - REANIMAÇÃO NEONATAL: PERFIL DA ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS QUE EVOLUÍRAM AO ÓBITO ASSOCIADOS À ASFIXIA NO ANO DE 2009, NO INTERIOR DE ALAGOAS.

CICERO SILVA, CLAUDIO SORIANO, FERNANDA ALMEIDA, RUTH GUINSBURG, JUNKO OLIVEIRA - UNCISAL E UNIFESP

Introdução: A asfixia perinatal como causa de óbito tem uma potencialidade de redução que deve ser identificada, tratada ou prevenida oportunamente. **Objetivos:** Descrever a assistência recebida ao nascer nos recém-nascidos (RN) que evoluíram para óbito associado à asfixia, assim como a infra-estrutura na sala de parto, no interior de Alagoas em 2009. **Método:** Estudo transversal prospectivo com busca ativa diária em prontuários dos RN que faleceram até 27 dias em 11 maternidades que prestam assistência ao SUS no interior de Alagoas de Jan-Dez/2009. Óbito associado à asfixia obedeceu a >1 critério: Apgar <6 no 5min, síndrome de aspiração meconial (SAM), encefalopatia hipóxico-isquêmica, Apgar <3 no 1min com ventilação com pressão positiva, hipóxia/asfixia ao nascer na declaração de óbito. A análise descritiva incluiu variáveis neonatais e procedimentos de reanimação, além da infra-estrutura para a reanimação nas salas de parto. **Resultados:** Em 2009 houve 19.740 nascidos vivos nas 11 maternidades, onde ocorreram 155 óbitos neonatais evitáveis, dos quais 100 (65%) associados à asfixia, 41% antes de 24 horas. Pediatra esteve presente em 91% dos partos dos RN baixo peso e em 79% dos RN $\geq 2.500g$. SAM foi diagnosticada em 60% dos RN $>2.500g$. Em 83% dos RN baixo peso, o Apgar de 1min. foi ≤ 3 e 1/3 destes não melhoraram no 5º minuto, mesmo com reanimação. Metade dos RN $\geq 2.500g$ apresentou Apgar de 1min. ≤ 3 e 17% destes mantiveram-se inalterados no 5º minuto. Apenas 4 maternidades tinham estrutura física, material e equipamentos para a reanimação em sala de parto e 7 contavam com pediatra 24h/dia. Receberam treinamento em reanimação neonatal 58% dos 50 pediatras e 25% da equipe de enfermagem dessas maternidades. **Conclusão:** Há fragilidade na saúde perinatal expressa pelas falhas na assistência e nas condições da estrutura, equipamentos e recursos humanos nas maternidades no interior de Alagoas.

PC-37 - AVALIAÇÃO DAS MEDIDAS ASSISTENCIAIS REALIZADAS EM SALA DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CAROLINE BATISTA PINHEIRO, FREDERICO VIEIRA DE OLIVEIRA, CAROLINA CAOBIANCO GENTILE, MILENA VILASBOAS VALENÇA, AMANDA THAIS THOMÉ DE MORAIS, TATIANA DE ARAÚJO EGUCHI, CARLOS ALBERTO BHERING - UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA

A reanimação neonatal pode influenciar significativamente na evolução dos recém-nascidos (RN), repercutindo sobre a mortalidade neonatal precoce e possíveis sequelas neurológicas que acarretam prejuízos para a qualidade de vida da criança e sua família, além de elevados custos para a sociedade. O objetivo é comparar as condutas realizadas em hospital universitário de nível terciário do interior do Rio de Janeiro com outros centros, visto que a necessidade dessas intervenções está intimamente relacionada com a assistência à gestante, seus hábitos e condições de saúde. Foi analisada a rotina empregada na assistência ao RN, por meio da coleta de dados em prontuários do serviço de Obstetrícia e da UTI neonatal no período de dezembro 2007 a março 2009, observando variáveis maternas e fetais, dentre elas as medidas assistenciais realizadas em sala de parto, de acordo com o preconizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em 2006. Entre os 872 prontuários coletados a maioria foi do sexo masculino (50,8%), as médias do peso ao nascer, consultas pré-natal e idade gestacional foram de 3094g, 7,7 e 38 semanas e 6 dias, respectivamente. Nos procedimentos realizados, a prevalência do O2 inalatório foi 55,6%, 15,4% para ventilação com máscara e balão (VPP), 3,6% foram intubados, 0,3% receberam massagem cardíaca (MCE) e 0,5% receberam drogas vasoativas ou volume. Dentre os enviados para UTI Neonatal, 82,9% necessitaram de O2, 63,2% de VPP, 18,4% de intubação orotraqueal, 3,9% de MCE e 5,3% de drogas ou reposição de volume. De acordo com os resultados, foi possível observar que a intervenção, muitas vezes desnecessária, está presente na maioria dos centros. Com isso, percebemos que as novas normas do programa de reanimação neonatal da American Heart Association de 2010 vêm para adequar essas intervenções na tentativa de diminuir possíveis danos ao neonato.

PC-38 - CARACTERÍSTICAS PERINATAIS E PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

FREDERICO VIEIRA DE OLIVEIRA, CAROLINE BATISTA PINHEIRO, CAROLINA CAOBIANCO GENTILE, MILENA VILASBOAS VALENÇA, AMANDA THAIS THOMÉ DE MORAIS, TATIANA DE ARAÚJO EGUCHI, CARLOS ALBERTO BHERING

Universidade Severino Sombra - Conhecer o perfil dos recém-nascidos e das gestantes é um importante passo para entender e otimizar o coeficiente de mortalidade infantil, predominantemente representado no Brasil pelas causas perinatais. Este indicador é amplamente utilizado para medir o nível de saúde de uma população e indiretamente sua qualidade de vida, devido sua sensibilidade em refletir condições socioeconômicas, infraestrutura ambiental, acesso e qualidade da assistência à saúde. O objetivo do estudo é conhecer as variáveis implicadas a mães e neonatos no período pré e perinatal, para auxiliar na proposição de intervenções capazes de prevenir a morbimortalidade materno-infantil. Foi realizado estudo descritivo, transversal e retrospectivo, com base em dados coletados de prontuários das parturientes e da folha da sala de parto atendidas em Hospital Universitário terciário no interior do Estado do Rio de Janeiro, no período de Dezembro de 2007 a março de 2009, analisando variáveis maternas como idade, número de consultas pré-natal e doenças mais prevalentes, e variáveis fetais como idade gestacional, vias de parto, índice de Apgar e medidas assistenciais realizadas na sala de parto, de acordo com a rotina preconizada pela SBP. Observou-se que a média do número de consultas pré-natal realizadas foi de 7,7 (\pm 2,9) e a patologia materna mais prevalente foi infecção urinária (24,5%). Entre as variáveis neonatais, 9,9% foram classificados como baixo peso ao nascer, 11% considerados prematuros, a via de parto mais utilizada foi a transpélvica (55,1%) e 57,4% dos RN necessitaram de algum tipo de intervenção na sala de parto. Através do estudo foi possível comparar a realidade do perfil das parturientes e dos seus RN atendidos no serviço com outras realidades no Brasil, podendo auxiliar gestores de saúde do município em aspectos como a melhoria da assistência pré-natal e a própria equipe do hospital, com ênfase na melhor assistência ao parto.

PC-39 - CONDIÇÕES MATERNAS E FETAIS ASSOCIADAS À ANÓXIA PERINATAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPO GRANDE – MS: UM ESTUDO RETROSPECTIVO.

TATIANE DE MENEZES VALÉRIO, TATIANA DOS SANTOS RUSSI, PAMELA LUJÁN VARGAS NARVÁEZ - UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Introdução: A asfíxia perinatal é considerada uma das maiores causas de óbitos neonatais e sequelas neurológicas em recém-nascidos sendo decorrente de condições materno-fetais ou intercorrências durante o parto. **Objetivos:** Identificar os fatores de risco para asfíxia perinatal e verificar as repercussões pós-natais desta entre neonatos nascidos em um Hospital Universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo, de caráter exploratório e descritivo. Os dados iniciais foram obtidos por meio da revisão dos registros de partos e nascimentos. Foram incorporados à pesquisa os nascidos vivos com Índice de Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida, peso de nascimento maior que 1500 g e sem mal-formações congênicas. Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado. As variáveis quantitativas (Idade materna, paridade, número de consultas pré-natal, peso de nascimento, idade gestacional) foram submetidas à estatística descritiva, com cálculo de média e desvio-padrão. As variáveis qualitativas foram analisadas por frequência de respostas. **Resultados:** Os resultados preliminares mostraram que de Janeiro de 2005 a Dezembro de 2010 ocorreram 6811 nascimentos, com 34 casos de asfíxia e prevalência de 4,99%. A média de idade materna foi de 24,9 anos \pm 7,63, 20 eram primíparas (58,8%), 15 fizeram sete ou mais consultas pré-natais (44,1%), 70,5% negaram presença de doenças crônicas, 55,9% tiveram parto normal, 20,6% parto a fórceps. Entre os neonatos, 56% eram do sexo masculino, 58,8% a termo, 53% com peso ao nascer entre 2.500 a 3.500g, 94,1% necessitaram de manobras de reanimação, 14,7% evoluíram com sequelas neurológicas, das quais 80% convulsão, 73,5% com sinais de encefalopatia, 11,8% foram à óbito. **Conclusão:** Os dados preliminares são semelhantes aos encontrados na literatura. Conhecendo os fatores de risco para asfíxia na população em estudo será possível auxiliar o planejamento de ações e recursos para melhorar a assistência a esses recém-nascidos.

PC-40 - MORTALIDADE NEONATAL POR ASFÍXIA

CRISTIANE GOMES GUIMARAES, NILENE GOUVEA, CLAUDIA CAMISÃO - HMHS

Introdução: A incidência de Asfíxia ao nascimento é cerca de 1% ao termo e próximo do termo e aumenta quanto menor a idade gestacional. Este estudo envolve 51 óbitos em um ano correspondente a 9 % das internações, e dessas 35,2 % por asfíxia, sendo 5,5% maior que 38 semanas e 50 % abaixo de 27 semanas de idade gestacional. **Objetivo:** Acompanhamento da Mortalidade Neonatal por Asfíxia em maternidade com atendimento de média e alta complexidade. **Método:** Estudo retrospectivo através de acompanhamento de mortalidade em UTI Neonatal durante um período de 12 meses. **Resultado:** Mortalidade analisada em um período de um ano, onde constatou-se 35,2 % dos óbitos causados por Asfíxia, tendo variação de Escore SNAPPEII de 51,5 pontos na admissão, onde condições maternas como Doença Hipertensiva Específica da Gestação e Descolamento Prematuro de Placenta contribuíram para 50 % das causas de interrupção da gestação. As condições fetais contribuíram com 27,7%, e Infecções congênicas com 11,1 %. A média de Idade Gestacional ao nascimento foi de 28,3 semanas com duas consultas de Pré-natal. Houve recuperação do índice de Apgar em 83,3 % destes nascimentos. Conclui-se que a característica da população atendida, o número de consultas de pré-natal, as complicações que ocorrem

durante a gestação e nascimento e o atendimento na sala de parto podem diminuir o risco de asfixia. O manejo deve ser focado na identificação do feto de risco para que as intervenções que se iniciam na sala de parto tenham maior eficácia e contribuam para redução da mortalidade neonatal.

PC-41 - FREQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL NA SALA DE PARTO DA MATERNIDADE ESCOLA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA, E.S. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO

KATIA CRISTINE CARVALHO PEREIRA¹, ANDREA LÜBE ANTUNES DE S. THIAGO PEREIRA, CLAUDIA MARIA MARQUES MOREIR, ELIETE RODRIGUES DE ALMEIDA², 1HOSPITAL UNIVERSITARIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES, 2UNIVERSIDADE CRUZEIRO DO SUL

Introdução: conhecer a frequência dos procedimentos de reanimação neonatal na sala de parto é importante para subsidiar a implementação da assistência neonatal. **Objetivos:** investigar a frequência dos procedimentos de reanimação neonatal na sala de parto: oxigênio inalatório, VPP, massagem cardíaca externa e medicações. Identificar a frequência de recém-nascidos (RN) submetidos à reanimação. Identificar os procedimentos de reanimação segundo variáveis relacionadas à mãe e ao parto: idade materna, via de parto e apresentação ao nascer. Identificar os procedimentos de reanimação segundo variáveis relacionadas ao RN: peso de nascimento, idade gestacional, adequação do peso à idade gestacional, sexo, Apgar do primeiro e quinto minuto. **Método:** estudo epidemiológico transversal descritivo. Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico SPSS versão 11.5. A necessidade de reanimação seguiu as normas do Programa de reanimação neonatal (2006). Foram avaliados 388 nascidos vivos no período de 01/07/2010 a 31/12/2010. Excluídos os RN que apresentavam mal formações congênicas maiores. **Resultados:** A prevalência da necessidade de reanimação foi de 59,5% dos recém-nascidos. O procedimento de reanimação predominante foi o oxigênio inalatório em 46,4% dos recém-nascidos. O oxigênio inalatório foi predominante nos recém-nascidos de maior peso, a termo, com boletim de Apgar no 1º e 5º minutos de vida acima de oito, na via de parto cesárea e na apresentação pélvica. A necessidade de VPP foi maior nos recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (< 1000g), mais prematuros (< 28 semanas) e com boletim de Apgar no 1º e 5º minutos de vida abaixo de oito. A distribuição dos procedimentos de reanimação foi semelhante quanto à classificação de peso/IG, ao sexo do recém-nascido e à idade materna. **Conclusão:** a frequência de uso de oxigênio inalatório encontra-se acima do descrito na literatura. A progressão das manobras de reanimação foi necessária nos neonatos de menor peso e menor idade gestacional.

PC-42 - ASSISTENCIA HUMANIZADA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO NA SALA DE PARTO DE UMA MATERNIDADE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE ALTO RISCO DO PARÁ

MARCIA DE FATIMA MACIEL DE ROJAS, JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE, MARIA HELENA DE AZEVEDO REIS - FSCMPA

Introdução: O contato pele a pele ao nascer promove o aleitamento materno precoce, o vínculo do binômio além de reduzir a dor e proteger o sistema neurológico em desenvolvimento. **Objetivo:** Promover assistência humanizada com qualidade aos recém-nascidos de risco (baixo peso-RNBP, Prematuros ou Pequenos para Idade Gestacional-PIG) admitidos na Sala de Parto de uma maternidade referência para gestação de alto risco do estado do Pará. **Método:** Estudo observacional prospectivo dos recém-nascidos de risco, admitidos de 01/03/2011 a 31/05/2011. Descritas variáveis demográficas, perinatais, idade gestacional, aleitamento materno na primeira hora, uso de oxigênio e tempo de permanência na sala de parto. Os dados foram obtidos do livro de registro da neonatologia do setor em estudo. **Resultados:** O estudo de 3 meses mostrou 1403 recém-nascidos de risco, onde observou-se maior frequência de idade gestacional entre 37 a 41 semanas (70,1%), sendo 53,4% eram Pequenos para Idade Gestacional (PIG), mais de 76,6% necessitaram de oxigenioterapia (hood), sendo que 40,3% dos bebês permaneceram menos de uma hora no setor. Em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida observou-se uma elevação na taxa de aleitamento materno na primeira hora de vida de março a maio, com uma oscilação positiva em abril onde se atingiu 47,1% (inversamente proporcional ao índice de prematuridade). Estes resultados foram obtidos após intensificação das ações para promoção das boas práticas na assistência ao recém-nascido de risco na sala de parto. **Conclusão:** A assistência humanizada depende de outras variáveis como: qualidade do pré-natal realizado, fatores de risco da gestante, uso do corticóide antenatal e profilaxia para estreptococcus, além de intercorrências no periparto o que dificulta a promoção das boas práticas para um resultado de excelência.

PC-43 - PROCEDIMENTO DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA NO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO EM MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

MARYNÉA DO VALE NUNES, PATRÍCIA FRANCO MARQUES, SILVIA HELENA CAVALCANTE DE SOUSA, MARIA DE FÁTIMA ARRAIS CARVALHO, MARIA JOSÉ DA SILVA SOUZA, MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA, ROBERTA BORGES DE ALBUQUERQUE, SUSANA FILGUEIRA VALADÃO, MARTINHA DA SILVA MATOS, ROSSANA MARA PEREIRA MENDES - UFMA

Introdução: Segundo a Academia Americana de Pediatria (AAP) 5 a 10% dos recém-nascidos (RN) necessitam de alguma manobra de ressuscitação ao nascimento, 1 a 10% de ventilação com pressão positiva (VPP) e cerca de 1% de intubação traqueal (TOT). O sucesso da reanimação neonatal depende de ventilação pulmonar adequada, devendo ser iniciada nos

primeiros 60 segundos de vida ("The Golden Minute"). **Objetivo:** Descrever a prevalência dos procedimentos de assistência ventilatória na SP em maternidade de referência. **Métodos:** Estudo observacional transversal, com coleta retrospectiva de dados, cuja amostra foi todos os RN atendidos na SP do Hospital Universitário da UFMA, referência para gestação de alto risco no Maranhão de 01/05 a 31/07 de 2011. Os profissionais que atenderam os RN registraram a ocorrência ou não de reanimação e a assistência ventilatória utilizada (oxigênio inalatório, VPP e TOT) no livro de nascimentos. Para análise dos resultados utilizou-se frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram incluídos 1006 pacientes, destes 91(9%) necessitaram de assistência ventilatória na SP, 36 (3,5%) de oxigênio inalatório, 30(2,9%) de VPP e 25(2,4%) de TOT. Dos 91 reanimados foi utilizado oxigênio inalatório em 36 (39,5%), VPP em 30 (32,9%) e TOT em 25 (27,4%). **Conclusão:** A frequência de reanimação na SP e VPP coincidem com a descrita pela AAP, porém a de TOT foi duas vezes superior, podendo refletir a prevalência elevada de atendimento de pré-termos que não foi avaliada. A assistência ventilatória mais utilizada foi o oxigênio inalatório, tendo sido 6,6% maior que a VPP. Esta realidade tende a ser modificada diante das novas diretrizes do ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) nas quais o oxigênio suplementar foi excluído, recomendando-se reanimação com VPP e oxigênio a 21%.

PC-44 - AVALIAÇÃO PELOS ALUNOS DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL DO PRN-MA

PATRÍCIA FRANCO MARQUES, MARYNÉA DO VALE NUNES, SILVIA HELENA CAVALCANTE DE SOUSA, MARTINHA DA SILVA MATOS, MARIA DE FÁTIMA ARRAIS CARVALHO, MARIA JOSÉ DA SILVA DE SOUZA, ROBERTA BORGES DE ALBUQUERQU, SUSANA FILGUEIRA VALADÃO, ROSSANA MARA PEREIRA MENDES, MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA - UFMA

Introdução: A avaliação dos cursos pelos alunos reflete o impacto do processo educacional gerando conhecimento ao programa, que possibilita o planejamento das ações de melhoria que garantam a aprendizagem. **OBJETIVOS:** Descrever o resultado das avaliações realizadas ao final dos treinamentos pelos participantes dos cursos de reanimação neonatal. **METODOLOGIA:** Estudo transversal descritivo com coleta de dados das fichas de avaliação do curso, entregues ao final de cada treinamento. A amostra foi composta pelos resultados das avaliações de 104 alunos, sendo 20 profissionais médicos e 84 profissionais não médicos que realizaram o curso no período de Agosto de 2010 a Maio de 2011. Foram avaliados a organização do curso, aulas teóricas, atividades práticas e a dinâmica do curso Para a análise dos resultados utilizou-se frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Em relação à organização do curso 76 alunos (73,0%) conceituaram como ótima, 27(25,9%) boa e apenas 1(0,96%) regular. Quanto à aula teórica 83(79,8%) alunos consideraram ótima e 21(20,1%) boa. A aula prática foi considerada ótima por 83(79,8%) alunos, boa por 17(16,3%) e regular por 4 (3,8%). A avaliação da dinâmica do curso revelou-se ótima por 89(85,5%) alunos, enquanto 12(11,5%) considerou boa e apenas 3(2,8%) regular. **Conclusão:** Aulas teóricas, práticas e dinâmica do curso foram ótimas para cerca de 80% dos avaliadores, demonstrando a preocupação dos instrutores em atender as necessidades individuais dos alunos no processo de aprendizagem teórico-prático. Porém em relação à organização do curso apenas 73% demonstraram satisfação o que deve implicar em análise da organização dos procedimentos e planejamento para novos cursos. A avaliação dos cursos pelos alunos forneceu informações relevantes para o PRN-MA na medida em que nos encaminhou enquanto instrutores para uma avaliação geral do processo incluindo a auto-avaliação

PC-45 - AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL ENTRE PROFISSIONAIS MÉDICOS

JAQUELINE TONELOTTO, MILENE SAORI KASSAI NAKAMA - HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO-FMABC

Introdução: a intubação endotraqueal é um procedimento que deve ser realizado por equipe médica habilitada, por um período menor que 20 segundos, pelo Programa Nacional de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, a fim de evitar efeitos adversos ao recém-nascido. **Objetivo:** analisar uma seqüência de itens na intubação orotraqueal e seu desfecho no procedimento dentro da UTI Neonatal de um hospital de ensino. **Metodologia:** realizado questionário em relação ao paciente, tempo de procedimento, número de tentativas e intercorrências ao término do procedimento. **Resultado:** analisado 24 procedimentos de IOT em pacientes com médias de dias de vida: 15, IG 32 3/7 semanas, peso de 1430g, sendo 66,7% masculino e 33,3% feminino. O procedimento foi realizado em 54,2% dos casos com sucesso na primeira tentativa, 25% na segunda tentativa, 8,3% na terceira tentativa e 4,2% mais que 3 tentativas. Em relação ao tempo dispendido: <20 segundos em 62,5% casos, 20-30s em 18,3% casos, 31-40s em 15% e de 41-50s em 4,2%. Quanto às falhas de intubação na primeira tentativa as causas descritas foram: secreção 33,3%, intubação esofágica 16,7%, simplesmente não conseguiu 16,7%, lâmpada apagou 11,1%, cânula imprópria 11,1% e lâmina imprópria 11,1%. Quanto aos efeitos adversos ocorreu sangramento de cavidade oral em 9% das tentativas de procedimento. **Conclusão:** o IOT deve ser um procedimento com treinamento constante na sua seqüência, através dos cursos de reanimação neonatal, pois 33,3% dos casos havia secreção dificultando a IOT e necessitamos de maior atenção em relação ao material de intubação orotraqueal pela intercorrência com a lâmpada, pois ambos são evitáveis com a educação continuada de toda a equipe assistencial.

PC-46 - COMPARAÇÃO DAS PRÁTICAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) UTILIZADAS EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO (RNPT MBP) EM TRÊS MATERNIDADES DE UMA CAPITAL

AMARILIS BATISTA TEIXEIRA^{1,2}, FELIPE BERNARDES BATISTA TEIXEIRA¹, BÁRBARA ARAÚJO MARQUES², ANA PAULA ALMEIDA MORAES³, LETÍCIA ANDRADE³, LILIAN ALVES³, LEONARDO BARBOSA³, JOEL ALVES LAMOUNIER³, SILVANA MARIA ELOI-SANTOS³ - ¹MATERNIDADE SANTA FÉ, ²FHEMIG, ³UFMG

Existem variações nas PRN em diferentes centros e imagina-se que possam existir até entre maternidades de uma mesma cidade. **Objetivo:** Comparar PRN de RNPTMBP em três maternidades da capital. **Métodos:** Estudo prospectivo (2007/2009), avaliou 216 RNPTMBP em maternidades públicas ("A" e "B"), e particular ("C"), excluiu óbitos que ocorreram na sala de parto (SP), malformações congênitas e menores de 25 semanas. Características maternas, do pré-natal, dos RNs, condições do nascimento, reanimação e suporte ventilatório (SV), compuseram o Banco de Dados, submetido às análises estatísticas adequadas. Projeto aprovado pelo COEP (ETIC 0154/06), assinado termo de consentimento. **Resultados:** Dos 216 RNs, 50,4% eram provenientes de "A", 29,2% de "B", 20,4% de "C", A idade gestacional (IG) foi menor ou igual 30 semanas em 61,6%, IG média 28,8 semanas e 40,8% eram menores de 1000g. A idade materna média foi 27,1 anos e maior em "C" (p= 0,014), onde utilizou-se mais cesariana (média=74,5%, "C"=95,5%, p=0,001) e corticoide antenatal (média=79,4%, "C"=82,1%). Apgar 1' inferior a 7 ocorreu em 44,2%. Quantitativamente, os RNs de "C" apresentaram maiores valores de Apgar 1' (média 7, p=0,003), entretanto, foi onde utilizou-se menos VPP na reanimação (A:25%, "B":27,0%, "C":15,9%) e mais intubação orotraqueal (IOT) na SP ("C"=40,9%, média=31,6%). Em nenhuma ocasião surfactante foi administrado profilaticamente. Administração terapêutica ocorreu em 64,4%, com variações na taxa de uso (p=0,013) e tempo de administração da primeira dose (<2h em 48,1%, média 2,9h, mais precoce em "C", p=0,001). VM foi a principal forma de SV (78,2%), com diferença significativa entre os centros (p=0,002), permanência média 12,7 dias (p=0,078). O CPAP foi utilizado como SV por 5,9 dias (média) e nunca na SP. **Conclusão:** Existem variações entre centros. CPAP, com reconhecidas vantagens, não é utilizado na SP e pouco utilizado como SV, principalmente na rede privada. Orienta-se maior utilização de corticoide antenatal, surfactante nas primeiras 2 h e CPAP precoce.

PC-47 - SURFACTANTE PRECOCE DIMINUI A EVOLUÇÃO PARA DISPLASIA BRONCOPULMONAR (DBP)

AMARILIS BATISTA TEIXEIRA^{1,2}, JOEL ALVES LAMOUNIER³, ANA MARIA ARRUDA LANA³, FELIPE BERNARDES BATISTA TEIXEIRA¹, SILVANA MARIA ELOI-SANTOS³ - ¹MATERNIDADE SANTA FÉ, ²FHEMIG, ³UFMG

Introdução: A terapia com surfactante diminui a gravidade da dificuldade respiratória precoce (DRP), a necessidade de ventilação mecânica (VM) e as lesões induzidas pelo ventilador. Existem dificuldades na identificação de qual RNMBP se beneficiará do tratamento. Metanálise que comparou surfactante profilático versus terapêutico mostrou benefício das estratégias profiláticas (maior sobrevida, menos pneumotórax e enfisema intersticial). Entretanto, a estratégia requer intubação traqueal em sala de parto e VM, em detrimento do tratamento conservador, CPAP, que apresenta bons resultados. Comparações do tratamento seletivo precoce e tardio mostraram benefícios do tratamento precoce, com diminuição de VM e vantagens apresentadas pela terapia profilática, como menos barotrauma. Além disso, selecionou os RNPTMBP mais doentes para tratamento precoce, eliminando riscos e custo do supertratamento profilático de crianças levemente afetadas. **Objetivo:** Comparar o tratamento com surfactante seletivo precoce versus tardio, de RNPTMBP intubados, com síndrome da dificuldade respiratória, com o desfecho DBP moderada e grave. **Método:** Estudo prospectivo, autorizado pelo COEP, comparou a utilização de surfactante "precoce" (inferior a 2h) ou "tardio" (igual ou superior a 2h), via endotraqueal, em 216 RNPT MBP com o desfecho dependência de O₂ até 36 semanas de idade gestacional (IG) corrigida, DBP moderada e grave. Excluiu malformações maiores, óbitos antes da admissão ao CTI ou antes da IGC 36 semanas. Dados foram submetidos às análises univariada e multivariada. **Resultados:** Na amostra de 216 RNs, 53,7% eram do sexo feminino, 40,8% < 1.000g (520g-1495g), 61,6% IGC inferior a 30 semanas, 44,2% Apgar 1' inferior a 7 e 5,6% Apgar 5' inferior a 7, 72% utilizaram corticoide antenatal. Se associaram à DBP: uso tardio do surfactante (p=0,030), sepsis tardia (hemocultura positiva) (p=0,002), corioamnionite (p=0,020) e dias de nutrição parenteral (p=0,008). **Conclusão:** A administração tardia do surfactante se associou com DBP, sugerindo que a administração seletiva, precoce, possa melhorar a evolução, reduzindo a doença pulmonar crônica

PC-48 - INDICADORES NEONATAIS X MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

JULIANNE CAMPOS¹, MARCOS VINÍCIUS MELO DE OLIVEIRA¹, GUILHERME MARRÊTA AYRES¹, VINÍCIUS DE AQUINO CALHEIROS¹, PEDRO LUIZ TAUIL¹, ROSANA MARIA TRISTÃO² - ¹UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB, ²HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – HUB/UNB

Dados do Saúde Brasil 2008 ilustram essa realidade: 50,7% de todos os óbitos na mortalidade infantil brasileira nos de 2003 a 2005 ocorreram no período neonatal precoce. Desses, 81,1% foram por afecções perinatais, principalmente por angústia respiratória do recém-nato, septicemia neonatal e outras condições associadas à prematuridade. O objetivo desse trabalho foi analisar a relação entre a taxa de mortalidade neonatal precoce em uma maternidade de um hospital universitário em relação a indicadores dos recém-nascidos, que estavam presentes no livro de registro da unidade. Este foi um estudo

epidemiológico analítico secundário tipo caso-controle. Foram avaliadas informações de prontuários referentes a 3736 nascimentos desde janeiro de 2005 até dezembro de 2007. Considerou-se os seguintes indicadores: Ano do Nascimento, Índice de APGAR e Peso ao Nascer. Para comparar a relação da mortalidade neonatal precoce com indicadores, foram utilizadas regressões logísticas binárias com avaliação do odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC). Utilizou-se um IC de 95% considerando a mortalidade neonatal precoce correspondente à morte de neonatos nascidos vivos até o sexto dia de vida. Com relação ao ano de nascimento, observa-se grande variação no número de casos válidos de 2007 comparado aos demais anos. O ano não é significativo para o estudo, uma vez que o IC passa por 1 e p é maior que 0,05. A análise do índice de APGAR e do peso ao nascer mostrou variáveis significativas para o estudo. Também pode-se observar, pelos elevados OR e IC nesses quesitos, que APGAR e peso ao nascer baixos são fatores de risco para óbito até os 6 dias de vida. A mortalidade neonatal é um indicador negativo da saúde. Políticas que atuem eficientemente para alterar esses fatores podem elevar a qualidade da saúde de um país. Essas políticas, contudo, exigem estudos mais concisos e aprofundados sobre o assunto.

PC-49 - RELAÇÃO ENTRE INDICADORES MATERNS E MORTALIDADE NEONATAL PRECOZE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

JULIANNE CAMPOS¹, MARCOS VINÍCIUS MELO DE OLIVEIRA¹, GUILHERME MARRÊTA AYRES¹, VINÍCIUS DE AQUINO CALHEIROS¹, PEDRO LUIZ TAUILL¹, ROSANA MARIA TRISTÃO² - ¹UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB, ²HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – HUB/UNB

A mortalidade infantil é uma questão bastante preocupante, sendo definidos como aceitáveis pela OMS valores abaixo de 10 mortes por mil nascidos vivos, padrão não alcançado pelo Brasil. Óbitos são evitáveis diante de assistência pré-natal à mãe, durante o parto e a primeira semana de vida do bebê. O objetivo desse trabalho foi analisar a relação entre a taxa de mortalidade neonatal precoce na maternidade de um hospital universitário em relação a indicadores maternos, que estavam presentes no livro de registro da unidade. Este foi um estudo epidemiológico analítico secundário tipo caso-controle. Foram avaliadas informações de prontuários referentes a 3736 nascimentos desde janeiro de 2005 até dezembro de 2007. Os seguintes indicadores foram considerados: Procedência da mãe, Consultas Pré-Natais. Foram registradas as freqüências de cada indicador e suas proporções estatísticas. Para comparar a relação da mortalidade neonatal precoce e indicadores fez-se uso de regressões logísticas binárias com avaliação do odds ratio (OR) e do intervalo de confiança (IC). Utilizou-se um IC de 95% e considerou-se a mortalidade neonatal precoce correspondente à morte de neonatos nascidos vivos até o sexto dia de vida. Acerca da procedência da mãe, a única localidade significativa seria o entorno – IC não passa por 1 e p é menor que 0,05. Com relação ao número de consultas pré-natais, ambos os quesitos são significativos para o estudo. O maior número de consultas configura fator protetor para o neonato visto o elevado valor do OR. Reforçando a importância da intervenção humana nesses dados, cita-se o acompanhamento pré-natal. Conforme já demonstrado em vários estudos, ele é fator importantíssimo para monitorar e garantir a saúde de gestantes e bebês. As mulheres que não acreditam que os médicos podem evitar problemas de gravidez ou ajudá-las a ter um bebê saudável têm significativamente maior probabilidade de receber pouco ou nenhum cuidado pré-natal.

PC-50 - INDICADORES MATERNO-NEONATAIS RELACIONADOS À MORTALIDADE NEONATAL - UMA ANÁLISE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA.

JULIANNE CAMPOS¹, MARCOS VINÍCIUS MELO DE OLIVEIRA¹, GUILHERME MARRÊTA AYRES¹, VINÍCIUS DE AQUINO CALHEIROS¹, PEDRO LUIZ TAUILL¹, ROSANA MARIA TRISTÃO² - ¹UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB, ²HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – HUB/UNB

As mortes neonatais podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces (primeiros sete dias) e tardias (após o sétimo dia, antes de 28 dias completos de vida). Fatores socioeconômicos, assistenciais e biológicos interferem na evolução da mortalidade neonatal, configurando-se uma complexa e urgente demanda de Saúde Pública. Buscou-se relacionar a taxa de mortalidade neonatal precoce aos indicadores Idade Materna, Sexo do neonato e Tipo de Parto, presentes no livro de registro da maternidade de um hospital universitário. Trata-se de um estudo epidemiológico analítico secundário tipo caso-controle. Foram avaliadas informações de prontuários referentes a 3736 nascimentos ocorridos de janeiro de 2005 até dezembro de 2007. As freqüências de cada indicador bem como sua proporção estatística foram registradas. A relação da mortalidade neonatal precoce com os indicadores foi feita a partir de regressões logísticas binárias – avaliação do odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Os valores obtidos no quesito idade materna não permitiram avaliar essa variável, pois nenhuma das subdivisões foi significativa para o estudo. O sexo do neonato, como era de se esperar, não é significativo visto que para ambos os sexos os valores do IC passam por 1, do p é maior que 0,05 e ainda são muito próximos. O tipo de parto apresentou ambos os quesitos significativos para o estudo e prevalência de mortes maior para cesárea. Pode-se explicar isso pelo fato de cesariana ser mais indicada para casos de complicações pré-existentes do parto. Verifica-se, portanto, a necessidade de elaboração de Políticas de Saúde a partir da abordagem do tema entre as famílias, facilitando o entendimento e a aplicabilidade desse conhecimento no cenário nacional. Essas Políticas, ainda que considerando o senso comum como elemento desse diálogo, devem estar alicerçadas em dados obtidos pelo rigor científico, que demonstrem o peso dos fatores que alteram a mortalidade neonatal.

PC-51 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS NEONATOS COM ASFIXIA EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE CAMPINA GRANDE/PB.

FERNANDA CRUZ DE LIRA ALBUQUERQUE¹, ALINE SILVA SANTOS SENA¹, ELISABETH TRIGUEIRO MAIA¹, LIZANKA VIGOLVINO DE PAIVA², MARTHA LÚCIA SALVINO GADELHA¹, TEREZA RAQUEL DE BRITO FILGUEIRAS D'AMORIM¹, HIBA BRAGA DE BRITO LYRA¹, MARCELLE DE ALMEIDA MAIA³, CÂNDIDA MARIA CAVALCANTI DINIZ¹, DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE¹ - ¹ISEA, ²UNESC, ³HUAC

Introdução: Asfixia é uma injúria sofrida pelo feto ou pelo Recém-Nascido (RN) devido à má oxigenação (hipóxia) e/ou má perfusão (isquemia) de vários órgãos. É considerada uma das maiores causas de óbitos neonatais e seqüelas neurológicas.

Objetivo: Identificar o perfil clínico-epidemiológico dos neonatos com asfixia. **Metodologia:** A pesquisa foi documental, quantitativa e descritiva, realizada em uma Maternidade Pública, em Campina Grande - PB, de Fevereiro a Junho de 2011. O instrumento destinado à coleta de dados dos prontuários dos RN e/ou das genitoras foi um formulário, constando de questões do histórico clínico e gestacional. A pesquisa foi avaliada pelo comitê de ética da UEPB. **Resultados:** A amostra foi constituída por 144 RN, que correspondeu a 5% do total de nascimentos, 40,3% prematuros e 37,5 % baixo peso. A maioria (67,3%) nascidos de parto vaginal, com a média de Apgar no 1º minuto de 4,5 e no 5º minuto de 6,9. A reanimação foi realizada em Sala de Parto em 87% dos RN, sendo 41% entubados. Foram para a Unidade de Terapia Intensiva 41% dos RN, e foi constatado óbito em 22% dos casos. Houve uma maior prevalência de mães solteiras (61%), com uma média de 22,5 anos e de 7,5 anos de escolaridade. Destas 60% fizeram o pré-natal, com uma média de 5 consultas. Quanto às intercorrências gestacionais, as mais freqüentes foram: infecção no trato urinário, ruprema, oligodrâmnio, polidrâmnio, trabalho de parto prematuro, eclâmpsia, e descolamento prematuro de placenta. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou a identificação do perfil dos RN com asfixia neonatal, sendo as intercorrências gestacionais os principais fatores de risco que estiveram relacionados. Portanto, o planejamento e a providência de uma equipe treinada em reanimação neonatal podem trazer benefícios na previsão dos riscos e na melhora da assistência ao RN.

PC-52 - INCIDÊNCIA DE HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UMA UTI-NEONATAL EM CAMPINA GRANDE/PB

FERNANDA CRUZ DE LIRA ALBUQUERQUE, ALINE SILVA SANTOS SENA, ELISABETH TRIGUEIRO MAIA - ISEA

Introdução: Atualmente, têm sido identificadas várias estratégias para prevenção da hipotermia em Recém-Nascidos (RN), porém reduzir a sua incidência ainda é um desafio significativo no atendimento inicial. A hipotermia é um evento comum, especialmente em RN prematuros e de baixo peso, portanto um maior esforço será necessário para adequar às condições ambientais da Sala de Parto (SP) e das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Avaliar a incidência de hipotermia nos RN admitidos na UTI neonatal e identificar o perfil clínico destes neonatos. **METODOLOGIA:** A pesquisa foi documental, quantitativa e descritiva, realizada em uma Maternidade Pública, em Campina Grande - PB, de Março a Maio de 2011. O instrumento destinado à coleta de dados dos prontuários dos RN foi um formulário, constando de questões do histórico clínico. **Resultados:** A amostra foi constituída por 99 RN, correspondendo a 5,4% do total de nascimentos. Dentre os RN admitidos 68,8% foram prematuros, 51% nascidos de parto vaginal, 64% com baixo peso e 37,4% evoluíram para o óbito. Quanto ao Apgar no 1º minuto, em 33% dos casos foi menor que 7, sendo a reanimação realizada em 45,5% dos RN e a entubação em 64,5%. Quando avaliada a temperatura axilar 55,5% dos RN apresentaram hipotermia (T<35°C) à admissão na UTI-Neonatal, destes 23% foram a óbito. O transporte dos RN da SP até a UTI em 100% dos casos foi inadequado (colo), sendo estes aquecidos apenas por campos. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou a identificação da alta incidência de hipotermia e a inadequação do transporte dos RN da SP até a UTI, sendo este um fator de risco e de fácil intervenção.

PC-53 - REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO PRIVADO DO SUL DO PAÍS

CLARISSA GUTIERREZ CARVALHO, MARIANA GONZALEZ DE OLIVEIRA, ANA PAULA SCHUCH MATA, LUCIANA HEIDEMAN, GABRIELA BLOS, ELISABETH ECKERT SEITZ, DESIREE DE FREITAS VALLE VOLKMER - HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

Introdução: Fatores associados à sobrevivência de recém-nascidos pré-termo variam de acordo com as práticas e os recursos disponíveis. O sucesso da reanimação e as baixas taxas de mortalidade precoce podem ser usados como indicadores de qualidade da assistência perinatal de uma instituição. **Métodos:** Coorte prospectiva de todos os nascidos vivos com idade gestacional entre 23 0/7 e 33 6/7 semanas e peso de 400 a 1500g em maternidade de um hospital terciário privado do Sul entre janeiro 2006 e junho 2011. Excluídos pacientes com malformações congênitas maiores e os transferidos de outras instituições. Avaliadas características maternas, do paciente e escore de gravidade e relacionados ao desfecho de sobrevida. Os fatores associados a mortalidade neonatal precoce (até 6 dias de vida) foram estabelecidos através de razões de prevalência. **Resultados:** 173 pacientes, todos mãe com pré-natal, 72% ensino superior, idade média 32 anos. Um terço gestações múltiplas, 93% dos partos cesariana, 36% ocorreram pré-eclâmpsia, 10% infecção ovular (IO), em 69% dos casos utilizado corticóide antenatal completo. Predomínio sexo feminino (60%), idade gestacional média 29 semanas, peso nascimento 1106g e 23% classificados como PIGs. Na reanimação em sala de parto, o Apgar no quinto minuto médio foi 8, necessidade de ventilação pressão positiva (VPP) em 45%, 25% reanimação avançada, 21% surfactante em sala, e nenhum

óbito. Houve 13 óbitos precoces (7,5%): mãe com IO resultaram 4x mais óbitos ($p=0,01$), não uso de corticoide prevalência 2x maior ($p=0,04$), e na reanimação, VPP associada prevalência 2,2x maior óbito precoce ($p=0,01$), reanimação avançada 4,5x maior ($p=0,001$), necessidade de surfactante 3,2x maior ($p=0,002$). Mortalidade também associada pesos menores, idades gestacionais precoces e escore de SNAPPE II elevado. **Conclusão:** fatores associados ao óbito neonatal precoce foram relacionados a aspectos passíveis de intervenção (corticóide antenatal e IO) resultando síndrome angústia respiratória grave, com relação direta reanimação agressiva e desfechos piores.

PC-54 - AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL, SEGUNDO AS DIRETRIZES 2010 ILCOR/SBP/PRN, EM MATERNIDADES REFERÊNCIA DO SUS NO ESTADO DA PARAÍBA.

FLÁVIO AUGUSTO LYRA TAVARES DE MELO¹, CLÁUDIO TEIXEIRA RÉGIS¹, JULIANA DE SOUSA SOARES¹, ANA DANIELA NOGUEIRA MORAIS², MARIANA DE LACERDA SIQUEIRA BRASILEIRO³, JACQUELINE BEZERRA DE ARAÚJO FERNANDES⁴, FERNANDA CRUZ LIRA ALBUQUERQUE⁵, PATRÍCIA LIMA FURTADO LOFIEGO⁶, LUCIANA BEZERRA DE ARAÚJO CIRILO⁷

¹INSTITUTO CÂNDIDA VARGAS, ²MATERNIDADE PEREGRINO FILHO, ³HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA, ⁴MATERNIDADE DR. DEODATO CARTAXO, ⁵INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA, ⁶MATERNIDADE FREI DAMIÃO, ⁷HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA GENERAL EDSON RAMALHO

Introdução: Um dos fatores determinantes para eficácia da reanimação neonatal, é dispor de material e equipe treinada para uma intervenção eficaz. Para a implementação das diretrizes 2010 do PRN/SBP, os serviços devem dispor de um material mínimo, tendo sido acrescida a necessidade de Ar comprimido, Blender e Oxímetro em sala de parto. Outro ponto essencial é a presença de instrutores e equipe treinada nas diretrizes, sendo grande diferencial nos pacientes que necessitam de reanimação. **Objetivos:** Avaliar a capacidade de reanimação neonatal nas maiores maternidades vinculadas aos SUS do Estado da Paraíba, no que concerne ao material necessário para reanimação e equipe treinada, segundo as diretrizes 2010 do ILCOR/PRN/SBP. **Métodos:** Estudo descritivo, com aplicação de questionário estruturado. **Resultados:** Das maternidades avaliadas, 85% tinham instrutores de reanimação neonatal na equipe, porém apenas 57% dos hospitais tinham médicos e auxiliares treinados. Quanto aos materiais necessários para reanimação destacamos: 58% não tinham sacos de polietileno, 72% das maternidades não tinham algoritmos de reanimação afixados, 58% não tinham sangue, 15% não tinham soro fisiológico, 57% não tinham oxímetros de pulso, 100% não tinham blender, 100% tinham balão auto-inflável, berços aquecidos, compressas e panos, aspiradores mecânicos, oxigênio. **Conclusão:** A grande maioria das maternidades referência SUS na Paraíba tem boa oferta de equipamentos para reanimação neonatal, porém não estão adaptadas às necessidades das novas diretrizes 2010 do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Chama atenção também o fato da maioria das maternidades terem instrutores, porém com menor percentual de profissionais treinados.

PC-55 - EXPERIÊNCIA EM TREINAMENTO DE PRIMEIROS CUIDADOS NEONATAIS PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA SALA DE PARTO NO PROGRAMA ALSO DO BRASIL.

ANA CRISTINA SILVESTRE DA CRUZ

Introdução: O ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia) do Brasil é um programa educacional voltado aos profissionais de assistência obstétrica, que promove e desenvolve o conhecimento e as técnicas necessárias ao atendimento das emergências obstétricas. **Histórico:** Foi concebido em 1991, pela Universidade de Wiscosin, hoje é administrado pela American Academy of Family Physician (AAFP), tornando-se referência nos cuidados maternos. O ALSO do Brasil teve início em 2000, com objetivo de disseminar os protocolos internacionais. Dentro da programação estão incluídos os primeiros cuidados neonatais, visando a capacitar os profissionais que atuam na sala de parto noções de atendimento ao recém-nascido dando ênfase aos passos iniciais e ventilação. **Objetivo:** Discutir meios para melhorar o atendimento de urgências e emergências perinatais. **Método:** Descritivo. **Discussão:** O curso é ministrado em todo o Brasil, já foram capacitados. **Alunos:** 4000 certificados - **Cursos:** 220 realizados - 70% Especialistas - 14% Residentes de Ginecologia/Obstetrícia - 16% Enfermeiras. No estado de São Paulo foi ministrado em quase todo interior, litoral e Capital. Com muito boa aceitação pelos profissionais e discussão durante as práticas das vias de parto, analgesia de parto, anestesia, material necessário para reanimação neonatal, temperatura na sala, repercussões no RN da anóxia, prematuridade e o trabalho em conjunto da equipe multiprofissional. **Fontes:** ALSO do Brasil

PC-56 - IMPORTÂNCIA DA DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL PELO MÉTODO DE CAPURRO NA SALA DE PARTO.

CAMILA MARIA PRADO ALONSO, PRISCILA MEDINA PONCI, HENRIQUE NAUFEL - UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES

Introdução: A classificação do neonato como a termo, pré-termo ou prematuro auxilia no estabelecimento do nível de risco da patologia neonatal ou problemas de desenvolvimento a longo prazo. **Objetivo:** Determinar a eficácia da realização do método de Capurro na sala de parto e conseqüentemente sua importância, comparando-o com métodos obstétricos pré-natais. **Métodos:** Foram examinados 53 recém-nascidos (RN) sem patologia os quais idade gestacional foi determi-

nada pelo método de Capurro somático na sala de parto. Posteriormente os dados foram comparados às informações do prontuário sobre Data da última menstruação (DUM) e Ultrassonografia (USG) precoce. **Resultados:** O estudo mostrou que 5,6% das idades gestacionais classificadas pelo Capurro coincidiram com a DUM, 56,6% tiveram um desvio-padrão de até 7 dias, 26,4% entre 8 e 14 dias e 11,3% tinham desvio acima de 2 semanas. Já em relação ao USG precoce apenas 1,8% das idades gestacionais foram idênticas ao Capurro, houve desvio-padrão de até 7 dias em 72,2%, de 7 a 14 em 22,6% e mais que 14 em 13,2%. O método de Capurro tem sido amplamente empregado, podendo ser realizado logo ao nascer (método somático) pois muitas gestantes não sabem ou não tem certeza da DUM ou não realizaram USG precoce. O USG precoce se mostrou mais compatível com o Capurro que a DUM provavelmente devido a incerteza da data ou ciclos irregulares. **Conclusão:** Conclui-se que a realização da determinação da idade gestacional pelo método de Capurro é eficaz porém é examinador dependente e é importante devido as condutas a serem tomadas com o RN principalmente em gestantes as quais a idade gestacional não é conhecida.

INFORMAÇÕES GERAIS

LOCAL DE REALIZAÇÃO

Grand Hyatt São Paulo
Av. das Nações Unidas, 13301
São Paulo, SP - Tel.: 11 2838 1234

SECRETARIA LOCAL PARA CREDENCIAMENTO E INFORMAÇÕES

Horário de funcionamento:
07 de setembro - 15:00 até 20:00
08 e 09 de setembro - 07:00 até 18:00
10 de setembro - 07:30 até 12:00

SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

08 de setembro - 08:15

CRACHÁS

É obrigatório o uso do crachá nas áreas do Congresso

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

Haverá tradução simultânea inglês/português

DISTÂNCIAS DO HOTEL

Aeroporto Internacional Guarulhos (Cumbica) – 38 km
Aeroporto Congonhas (doméstico) – 6 km

A apenas minutos do hotel encontram-se ótimas opções para alimentação e compras:

Etna - Loja BERRINI

Av. Eng. Luís Carlos Berrini, 2001 (ou Av. Dr. Chucri Zaidan, 281)

Localizada em frente ao hotel, a Etna é uma loja especializada em decoração e acessórios para a casa. Os restaurantes do Etna são coordenados por nutricionistas especializadas.

Morumbi Shopping

Av. Roque Petroni Jr. 1089

Um dos maiores shopping da cidade, o Morumbi Shopping está a poucos metros do hotel e oferece uma variedade de marcas nacionais e internacionais de roupas, cosméticos, eletrônicos, além de área de alimentação, cinemas, lojas de departamentos.

Shopping Market Place

Av. Dr. Chucri Zaidan, 902

Oferecendo marcas diferenciadas, o Market Place também se encontra a poucos metros do hotel, apresentando lojas e praça de alimentação pela Av. Eng. Luis Carlos Berrini, é só seguir em frente para chegar ao shopping.

D&D

Av. das Nações Unidas, 1255

A minutos do Grand Hyatt São Paulo, o D&D é o maior shopping de decoração da cidade, com lojas de design e arquitetura, móveis e acessórios para a casa. Possui Restaurantes, cafés, fast food.

NESTLÉ NUTRIÇÃO INFANTIL. COMEÇAR SAUDÁVEL PARA VIVER SAUDÁVEL.



publicisbrasil



90 ANOS CONSTRUINDO UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA COM A PEDIATRIA BRASILEIRA.

Primeira empresa no Brasil a implementar a licença maternidade de 6 meses.

Campanha desenvolvida para conscientizar a sociedade a respeito da importância do Pediatra para o desenvolvimento saudável da criança.

Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, realizado desde 1956.

Geração de valor para a comunidade, com exemplos como o Nestlé faz bem nutrir e o Nestlé até você.

Nestlé Research Center, com mais de 27 centros de investigação distribuídos no mundo.

A NESTLÉ, EM CONSONÂNCIA COM A OMS, A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA E OS ÓRGÃOS COMPETENTES, TAMBÉM APOIA PLENAMENTE A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA ATÉ OS SEIS (6) MESES DE IDADE.



www.nestle.com.br/nutricao infantil
www.nestlenutrition-institute.org/intl/pt



AGÊNCIA OFICIAL
MV Viagens
Tel: (21) 2722-2718
www.mvviagens.com.br

ORGANIZAÇÃO
Ekiye de Eventos
Tel: (41) 3022-1247
ekipe@ekipedeeventos.com.br