

PROGRAMA
BRASILEIRO DE
REANIMAÇÃO
NEONATAL



Lançamento – Diretrizes 2026 de Reanimação Neonatal

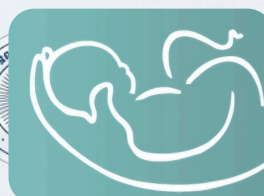
Golden Clinical Timeline

Preparation/Post-Event

00:00 NASCIMENTO

Reanimação do Recém-Nascido ≥ 34 Semanas em Sala de Parto

O Algoritmo Clínico Cronológico (Diretrizes SBP 2026)



Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)
Programa Brasileiro de Reanimação
Neonatal (PRN-SBP)

O Problema

2 Milhões 

Mortes neonatais globais anualmente.

20%

Óbitos neonatais precoces no Brasil ligados à asfixia perinatal.



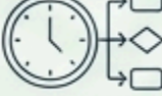
3 Bebês por dia 

Mortes de RN > 2500g no Brasil devido à asfixia.

ON 

1 profissional treinado
na sala de parto **reduz a**
mortalidade neonatal
precoce em 22%.



A reanimação **não é intuição;** 
é um protocolo temporal rigoroso.

RISCOS



Fatores Maternos

Idade <16 ou >35 anos
Obesidade
Síndromes hipertensivas.



Fatores Fetais/Parto

Prematuridade (≥ 34 a < 37 sem)
Cesárea
Líquido amniótico meconial
Padrão anormal da FC fetal.



O Briefing Checklist

Equipe: Mín. 1 treinado para baixo risco. **Alto risco:** 2-3 profissionais (1 pediatra apto a intubar).



Liderança: Quem é o líder? (Comunicação em alça fechada).



Ambiente: Temperatura da sala rigorosamente entre 23-25°C.



Equipamentos: Testados e montados para uso imediato.





AVALIAÇÃO DA VITALIDADE

Respirando/chorando + tônus em flexão?

BOA Vitalidade

Vitalidade RUIM



Contato pele a pele

Respirou?

Tonus em flexão?



Estímulo tátil no dorso (~15s)

Não respirou/Hipotônico?



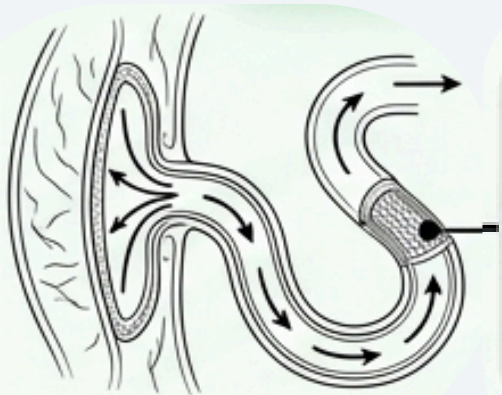
Ordenha de cordão



Clampeamento ≥ 60 segundos



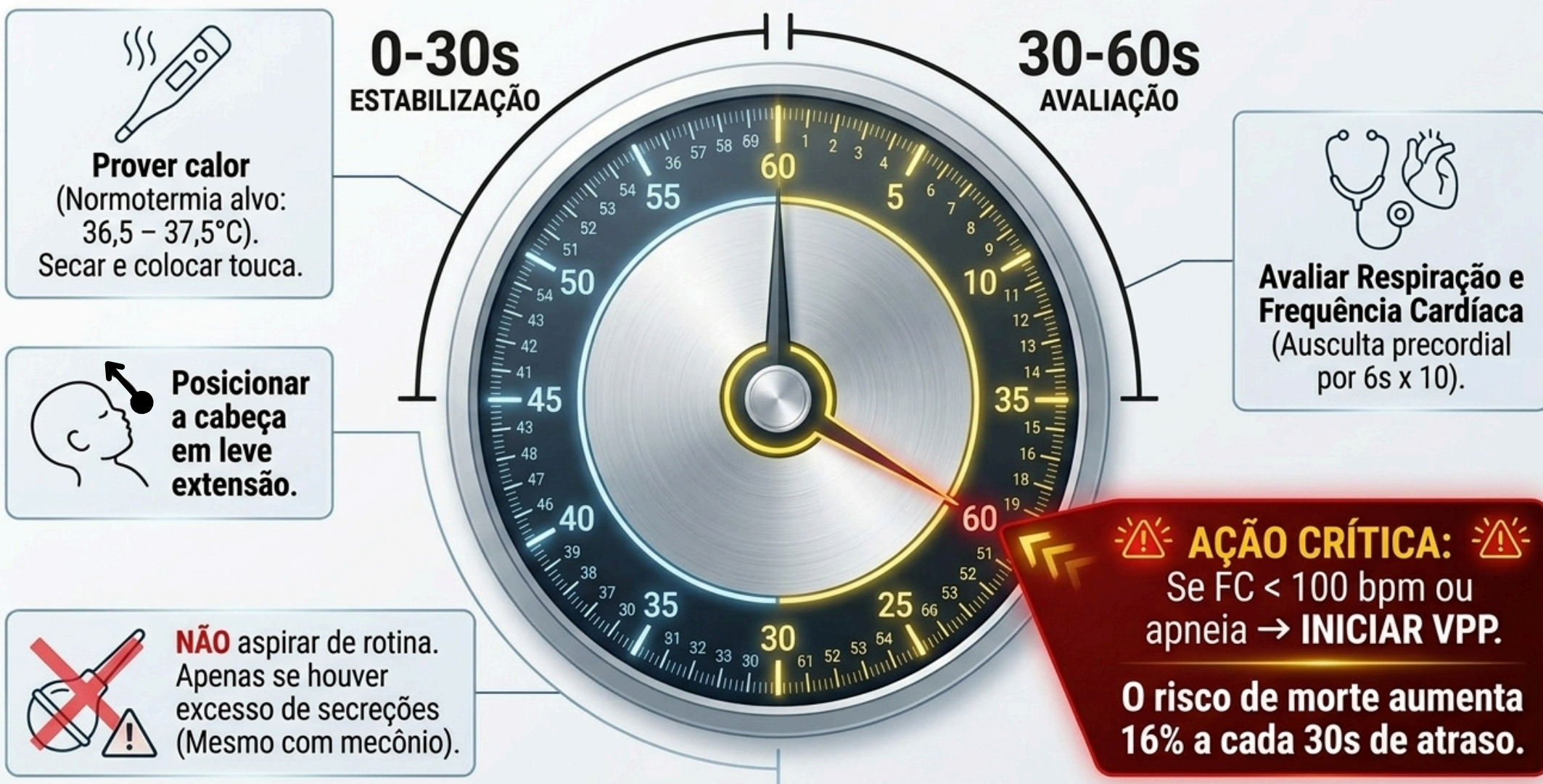
Clampeamento Imediato (<30s) → Mesa de Reanimação



Hemodinâmica: O clampeamento tardio permite transfusão de até 25% do volume placentário, mas a respiração deve iniciar ANTES do clampeamento para evitar queda aguda no débito cardíaco.

🕒 Golden Clinical Timeline

🕒 00:00 - 00:60 (O Minuto de Ouro)



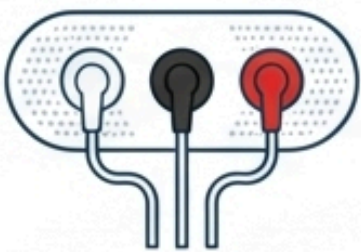
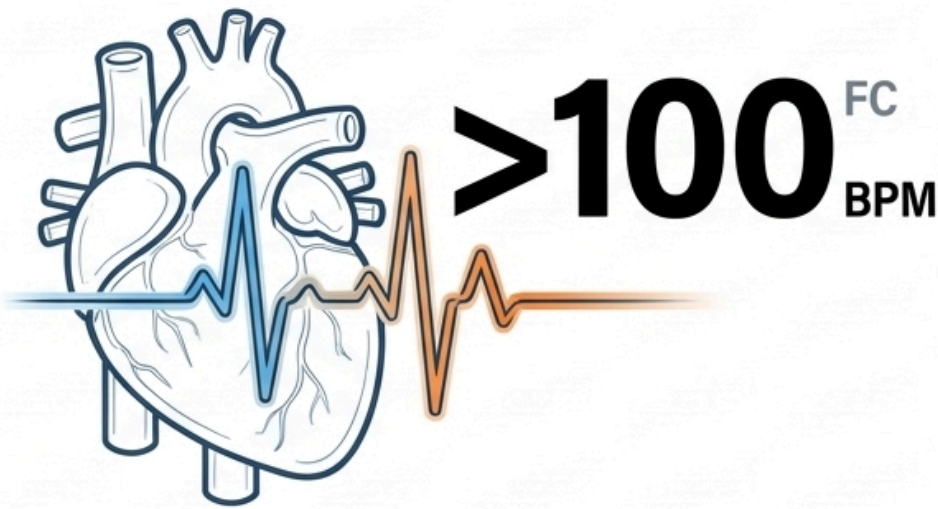
A temperatura corporal à admissão na unidade neonatal é forte preditor de morbidade e mortalidade em TODAS as idades gestacionais, sendo considerada um indicador da qualidade do atendimento

A aspiração de boca e narina só está indicada se há suspeita de obstrução de vias aéreas por excesso de secreções. Se o RN \geq 34 semanas continua em apneia ou em respiração irregular e/ou FC < 100, iniciar VPP.

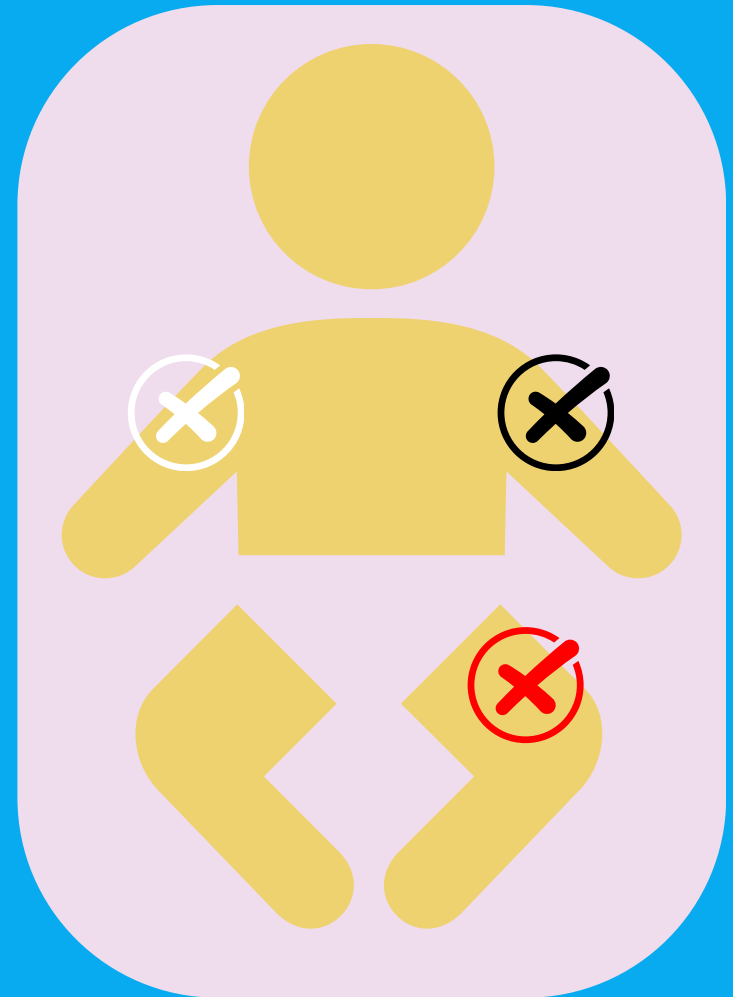
A laringoscopia direta IMEDIATA e a aspiração traqueal de rotina (mesmo nos casos de líquido meconial) não devem ser realizadas, pois não modificam o prognóstico e podem atrasar o início da VPP



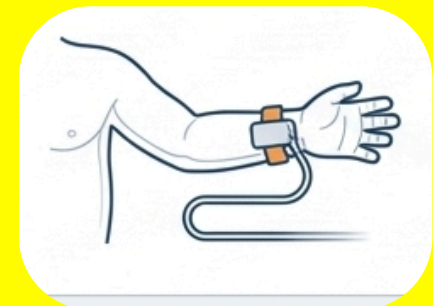
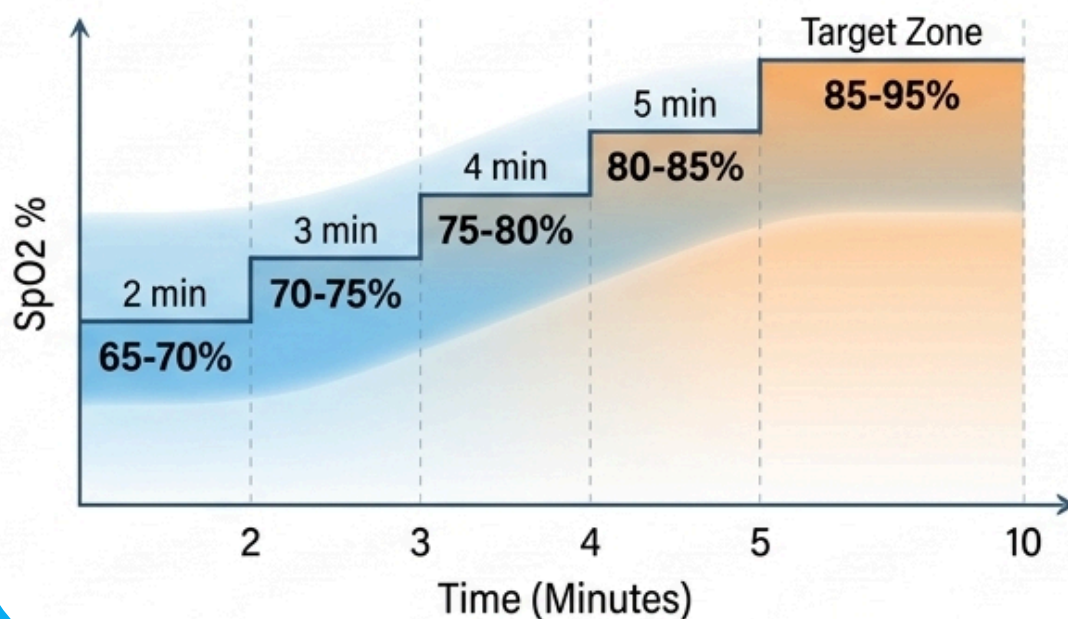
O Condutor Principal: FC



A FC é o indicador mais sensível da eficácia da reanimação. Iniciar com ausculta precordial; instalar **Monitor Cardíaco** (3 eletrodos) imediatamente se necessitar de VPP.



O Alvo Móvel: SpO2



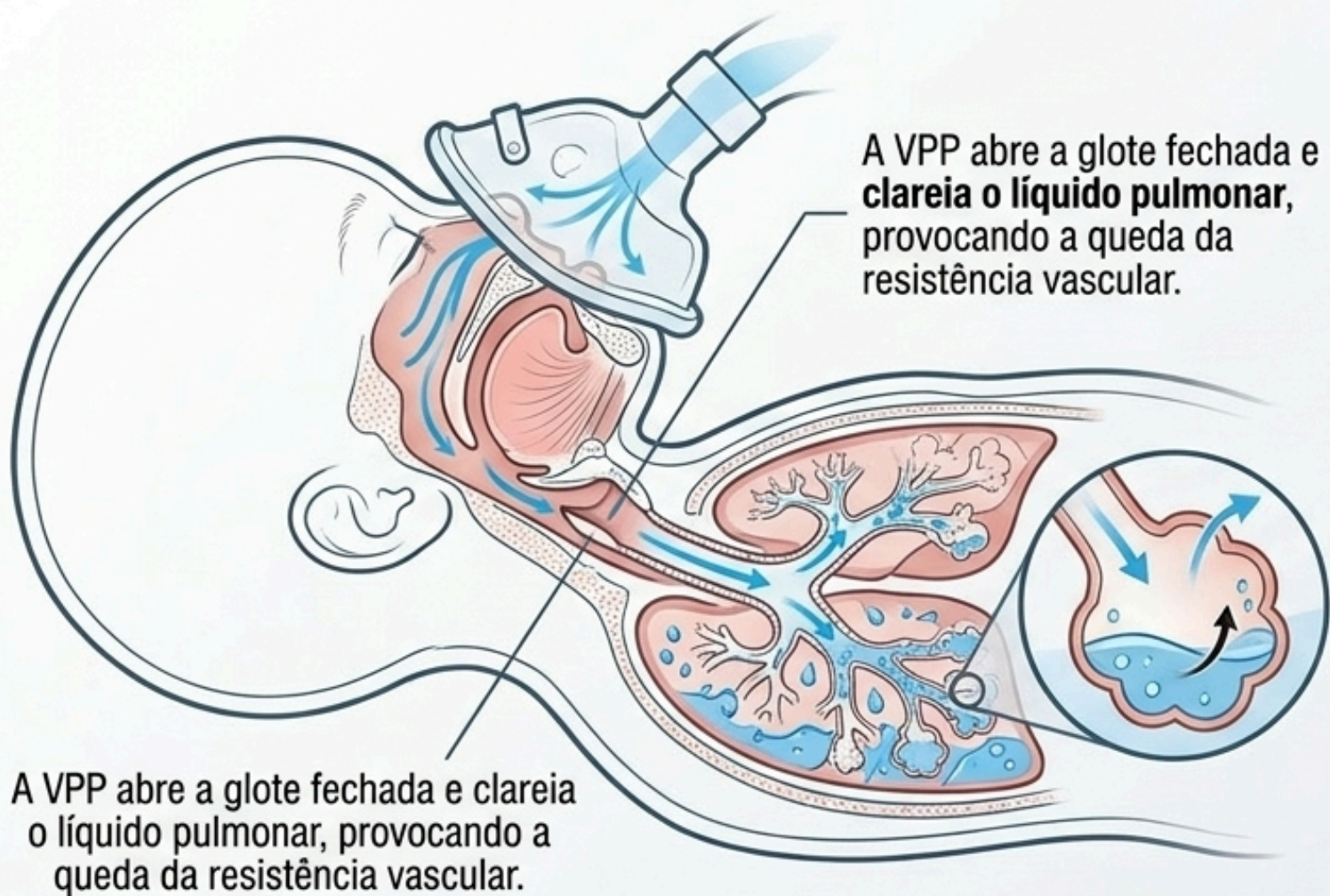
Monitoração contínua dita a titulação do Oxigênio. Sensor **SEMPRE** no pulso radial direito (pré-ductal).



Após os cuidados para manter a temperatura e as vias aéreas pérvias, se o Rn apresenta apneia ou respiração irregular e /ou FC < 100bpm, iniciar VPP nos primeiros **60 segundos após o nascimento** (“Minuto ouro”)

Indicador absoluto de sucesso: Elevação rápida da Frequência Cardíaca em 15 a 30 segundos.

A VPP é a intervenção mais crítica e efetiva na reanimação.



Oxigênio Inicial

21% (Ar Ambiente)

Nunca iniciar com O₂ a 100% em recém-nascidos ≥ 34 semanas.

Ritmo

30 a 60

respirações por minuto.

Pressão

PIP 20-30 cmH₂O | PEEP 5 cmH₂O

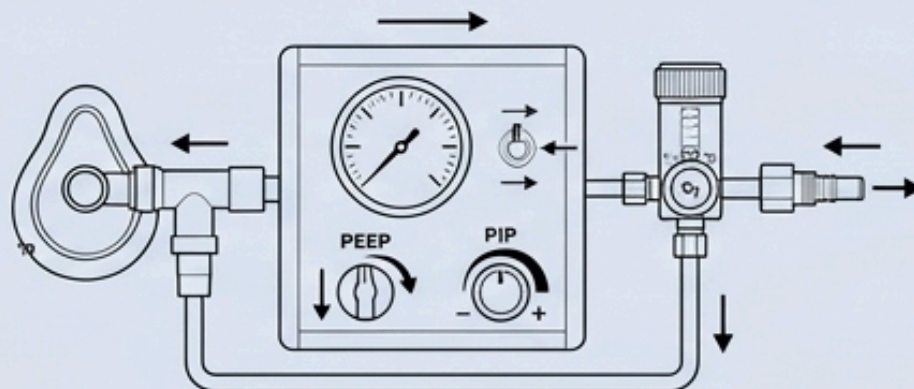
Iniciar com PIP de 20-30 cmH₂O e PEEP de 5 cmH₂O.

Matriz de Decisão: Equipamentos para VPP

**Ventilador Mecânico Manual
(VMM-Peça-T)**



**Padrão Ouro /
SBP & ILCOR**



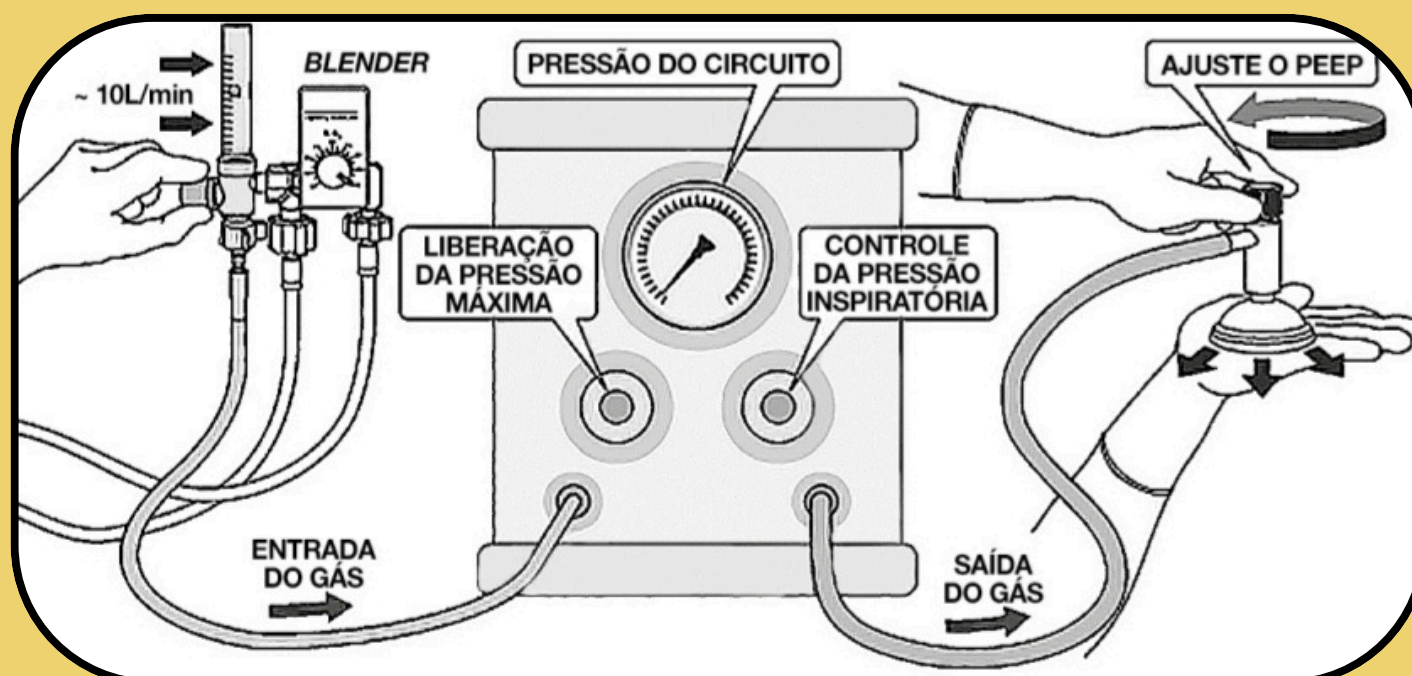
Vantagens:

- Garante **PIP consistente** e **PEEP precisa** (vital para transição pulmonar alveolar), permite titulação exata de O₂ via blender.

Desvantagens:

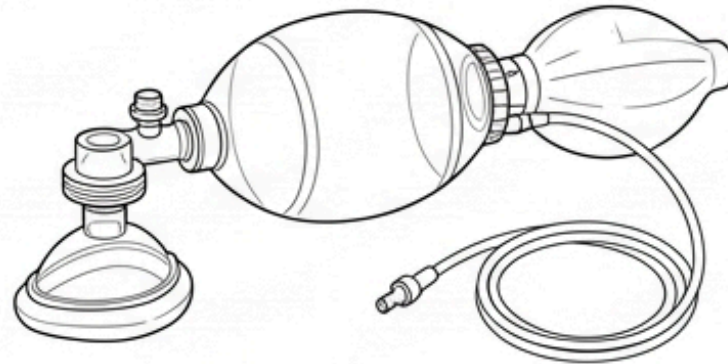
- Requer montagem de circuito complexo e fonte de gás contínua (10 L/min).

Ritmo Prático: Ocluuui / Solta / Solta



Matriz de Decisão: Equipamentos para VPP

Balão Autoinflável



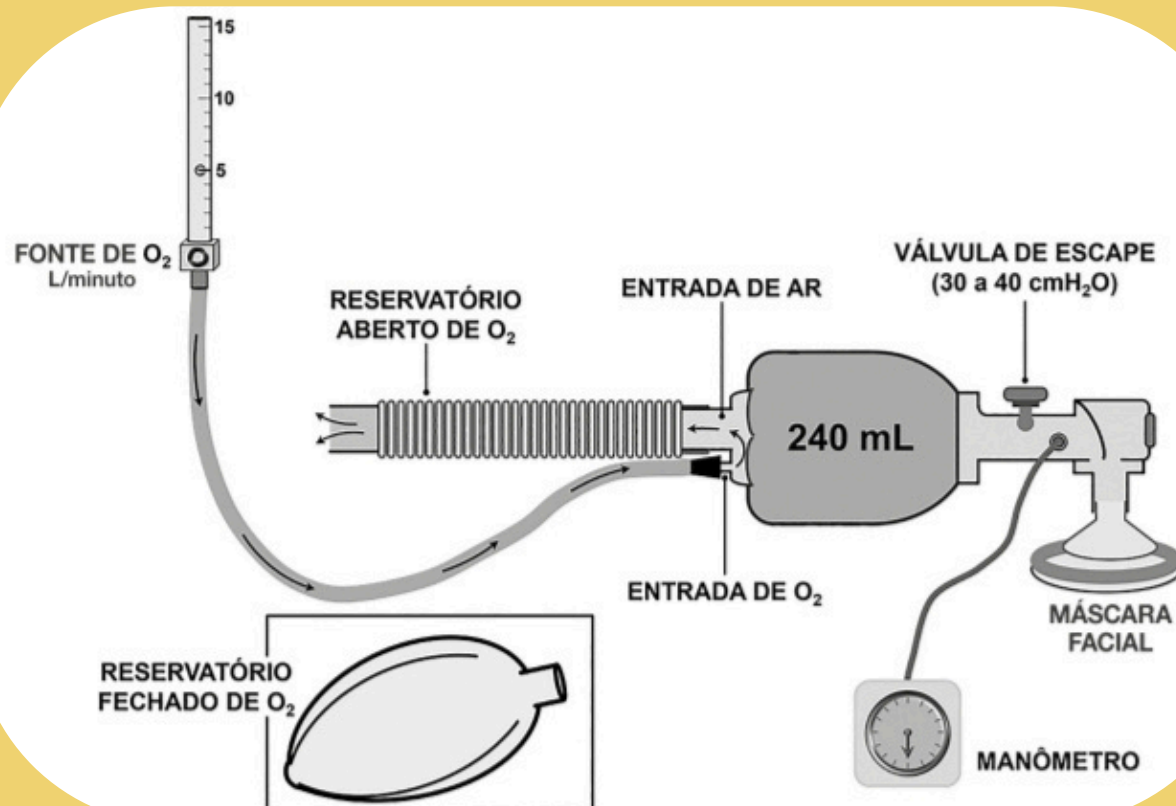
Vantagens:

- Indepeude de fonte de gás ou eletricidade. Essencial como contingência e transporte.

Desvantagens:

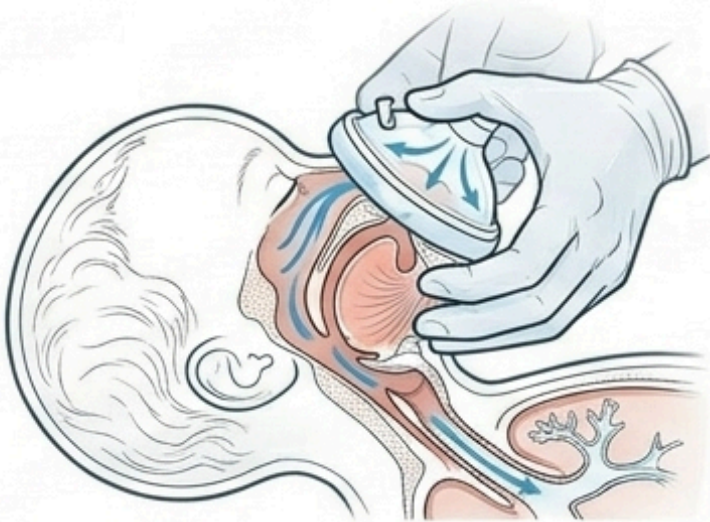
- Pressão inspiratória variável, **não fornece PEEP** confiável, titulação de O₂ imprecisa.

Ritmo Prático: Aperta / Solta / Solta



Matriz Comparativa: Interfaces de Via Aérea (≥ 34 semanas)

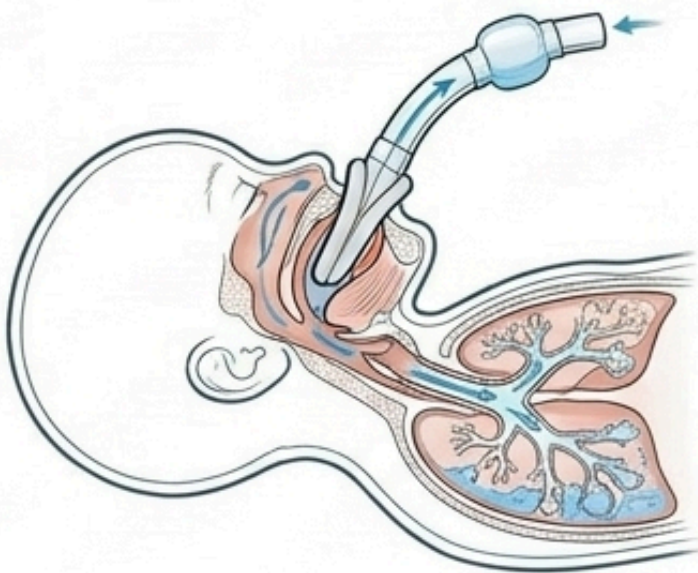
Máscara Facial



Indicação:
1ª Linha

Alerta: Alto risco de escape perioral de ar (50-70%). Exige técnica perfeita de selamento em C-E. Risco de reflexo trigeminal-cardíaco se muita pressão na face.

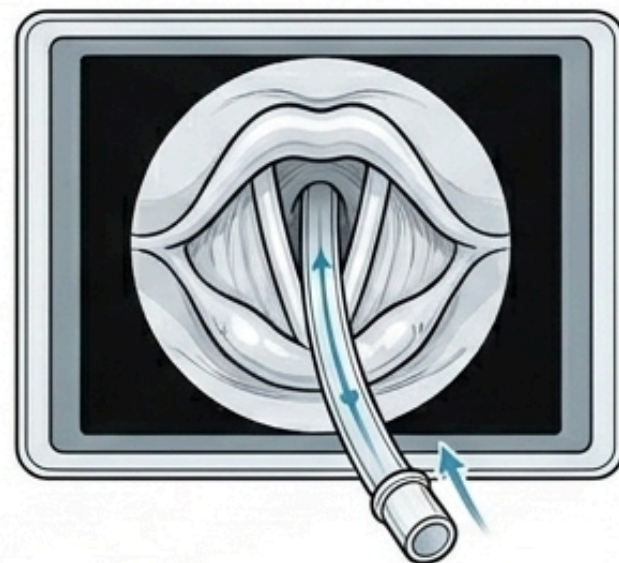
Máscara Laríngea



Indicação:
Via de Resgate

Características:
Ideal se VPP facial falha e intubação não é factível. Evita escape de ar. Rápida inserção (Tamanho 1 para 2-5 kg).

Cânula Traqueal



Indicação:
Suporte Avançado / Pre-Massagem

Especificações:
Cânula sem balonete (3.5 a 4.0 mm). Obrigatória a confirmação de posição com detector colorimétrico de CO₂ exalado.



Cenário: Após 30s de VPP, a FC permanece < 100 bpm.

CORRIJA A TÉCNICA ANTES DE AUMENTAR O OXIGÊNIO!



Se a falha persistir após os passos -> Mudar para Máscara Laríngea ou Intubação.



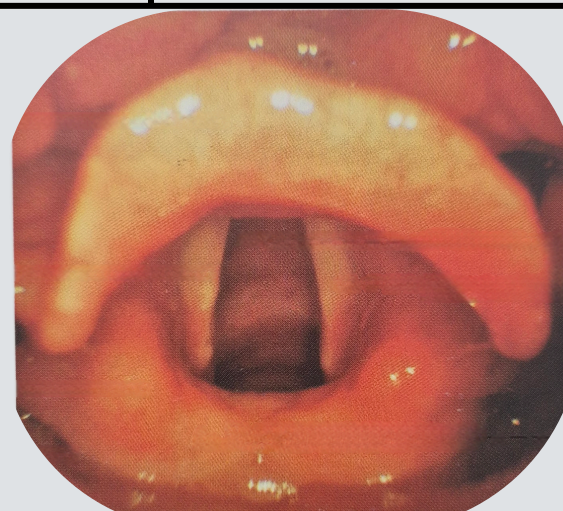
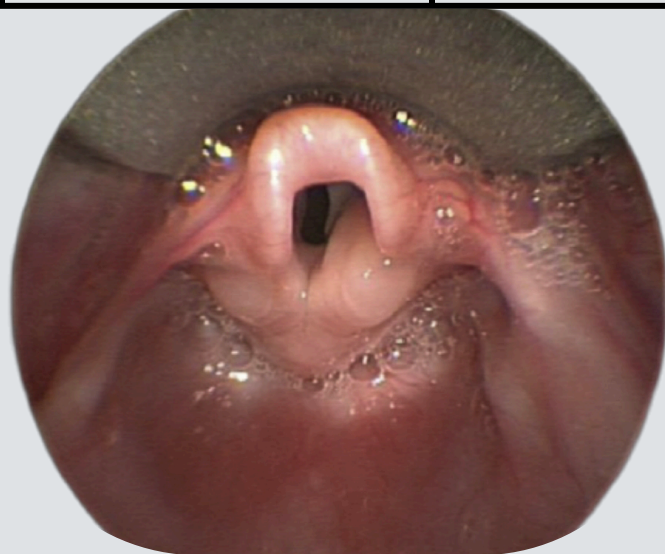
Material para intubação traqueal de acordo com a idade gestacional e/ou peso estimado



Idade Gestacional (semanas)	Peso estimado (g)	Cânula traqueal (mm)	Sonda traqueal (F)	Lâmina reta (n°)
28 a 34	1000 a 2000	3,0	6 ou 8	0
35 a 38	2000 a 3000	3,5	8	1
> 38	> 3000	3,5 ou 4,0	8	1

Profundida da inserção da cânula traqueal conforme idade gestacional e peso estimado

Idade Gestacional (semanas)	Peso estimado (g)	Marca no labio superior (cm)
33 a 34	1500 a 1800	7,5
35 a 37	1900 a 2400	8,0
38 a 40	2500 a 3100	8,5
40 a 43	3200 a 4200	9,0



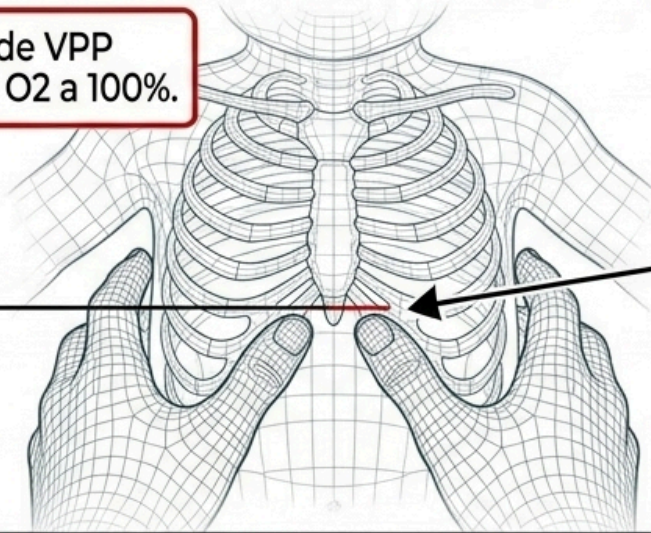
Visualização da anatomia para intubação



Gatilho: FC < 60 bpm após 30s de VPP efetiva via cânula traqueal com O2 a 100%.

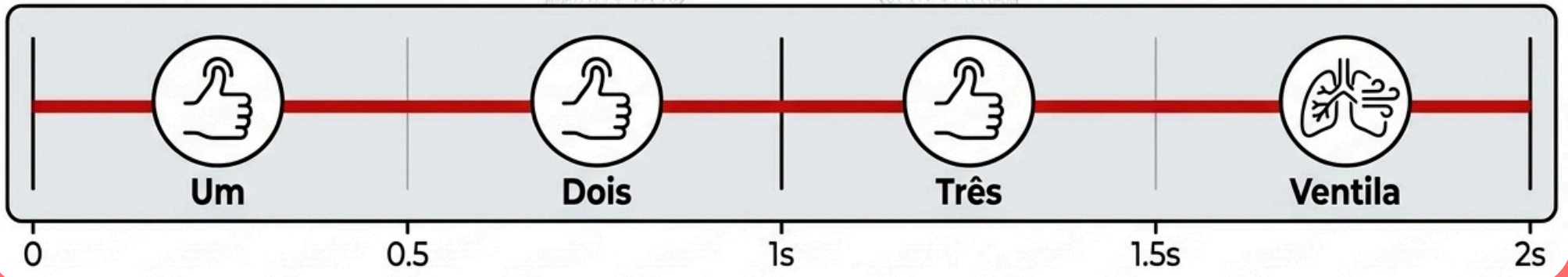
Técnica dos Dois Polegares

Thípa do sternum



Profundidade: 1/3 do diâmetro anteroposterior. Dedos circundam o tórax.

3:1 Rhythm Bar



Métrica Exata: 90 compressões + 30 ventilações = 120 eventos por minuto. Avaliar a FC apenas após 60 segundos de ciclo ininterrupto.



Gatilho: FC < 60 bpm após 60s de massagem cardíaca rigorosamente coordenada com VPP e O2 100%.

Adrenalina



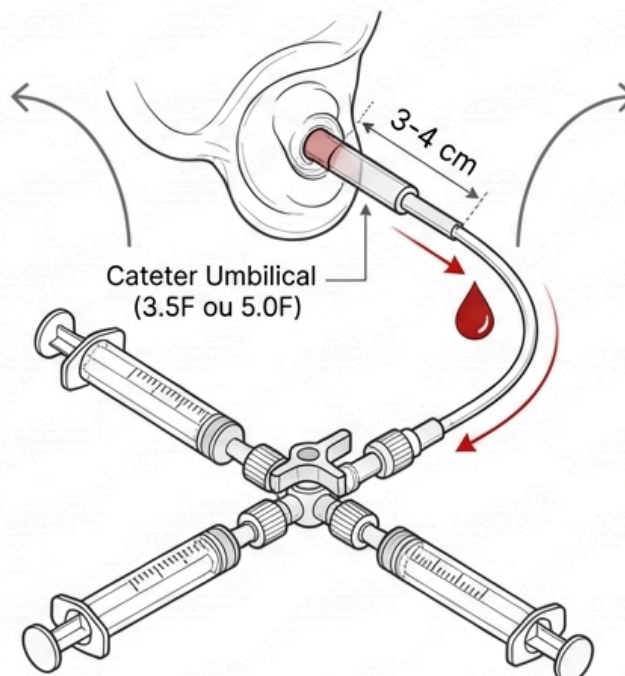
Diluição
1:10.000

DILUIÇÃO OBRIGATORIA: 1 mL Adrenalina (1 mg/mL) + 9 mL Soro Fisiológico (SF).

Intravascular: 0,02 mL/kg (rápido) seguido por flush de 3 mL de SF.

Via **Endotraqueal** (1,0 mL/kg) permitida apenas enquanto o acesso venoso é obtido. Uso único.

Medication Delivery Map



Expansor de Volume

Indicação:

Choque hipovolêmico ou perda aguda de sangue (ex: descolamento de placenta).

10 mL/kg de Soro Fisiológico (lento, 5-10 minutos).



O Ciclo de Reanimação: Sinergia Fisiológica

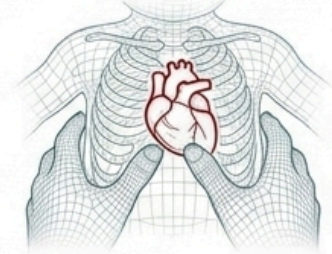


1. VPP (100% O2)

Abre o leito pulmonar, preenche alvéolos com gás, e oxigena o sangue oriundo do coração direito.

Sangue oxigenado viaja para o átrio esquerdo...

2. Massagem Cardíaca

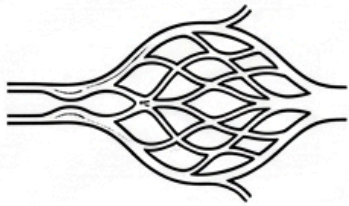


Comprime o coração contra a coluna, empurrando mecanicamente o sangue oxigenado para a aorta sistêmica.

O PRINCÍPIO MOTOR:
Nenhuma compressão ou droga funcionará se a via aérea não estiver perfeitamente aberta e os pulmões aerados pela VPP.

Sangue impulsionado durante a diástole para as coronárias...

3. Adrenalina



Causa vasoconstrição periférica intensa, o que eleva drasticamente a pressão de perfusão coronariana.

Transporte Seguro



Manter normotermia **(34-35°C)** na incubadora de duplo teto).

Manter normotermia rigorosa
Não transferir o neonato se a FC permanecer

< 100 bpm.

Garantir oximetria contínua e vias aéreas estabilizadas estabilizadas (coxim sob ombros).

Ética e Cessação



Apgar 0 aos 10 minutos é crítico, mas a sobrevida intacta ainda é possível

Apgar 0 aos 10 minutos é crítico, mas a sobrevida intacta ainda é possível (especialmente com hipotermia terapêutica). A decisão de interromper esforços deve ser avaliada após **20 minutos** contínuos de assistolia, em conjunto com a família.

Debriefing Clínico



Realize o debriefing **"Quente"** (imediato) ou **"Frio"**

(dias após). Uma reflexão estruturada, livre livre de julgamentos, essencial para melhorar a dinâmica de equipe, a comunicação em alça fechada e a técnica para o próximo parto.

A Fórmula da Sobrevida



Ciência
Médica

X



Eficiência
Educativa

X



Implementação
Local

=

**SOBREVIDA
INTACTA**

Transformar diretrizes em prática clínica é o nosso maior desafio. O preparo contínuo da equipe, a comunicação em alça fechada e o absoluto respeito ao tempo (O Minuto de Ouro) são os elementos que salvam os recém-nascidos do Brasil.

sociedade
brasileira
de pediatria

neofast

Prescrição neonatal



DISPONÍVEL NO
Google Play



Baixar na
App Store