

Capítulo

3

EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS: CUIDA-

DO MULTIPROFISSIONAL



EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS: CUIDADO MULTIPROFISSIONAL

PEDIATRIC EMERGENCIES: MULTIPROFESSIONAL CARE

Virginia de Araújo Porto¹

Rafael de Carvalho dos Santos²

Marcele Ferreira da Costa³

Gabriel Zieba Marques⁴

Mariles Bianca Santos da Silva⁵

Fernanda de Freitas Ferreira⁶

Ana Paula Santos e Silva⁷

Geni Kelly Araújo Silva Melo⁸

Diana Nunes da Silva⁹

1 Mestrado em Ciências da Saúde. Especialização em Terapia Intensiva; Formação Pedagógica e Preceptoria em Saúde.

2 Mestre em desenvolvimento Local pela Universidade Augusto Motta. Especialista em Docência em enfermagem pela universidade Candido Mendes, Especialista em Urgência e emergência pela Uninter, especialista em terapia intensiva pela Uninter, especialista em Cardiologia e Hemodinâmica pela Unyleya

3 Especialista em Neonatologia e Pediatria, UTI NEO e Pediátrica

4 Graduando em Medicina

5 Pós graduada na Modalidade de Residência Profissional em Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente. Pós-graduanda em Enfermagem em Centro Cirúrgico, Unidade de Recuperação Pós-anestésica e Central de Materiais e Esterelização

6 Especialista em Nefrologia, enfermagem do trabalho e auditoria em serviços de saúde; Mestranda pela Universidade Federal Fluminense

7 Pós-graduação em auditoria em saúde pública; Pós- graduanda em urgência e emergência

8 Pós-graduação em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - IEP-HSL

9 Enfermeira da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH



Resumo: Baseando no que se refere a cuidados e atendimentos, a maioria das crianças que chegam até as unidades de emergências pediátricas, poderiam por vezes terem sido poupadas, já que o acidente doméstico endossa a fila de atendimento dessa população. E quando se trata de atendimento de emergência a criança, em vários estudos usados como base de referencial teórico, apenas quatro por cento das crianças atendidas em um pronto socorro, são casos que necessitavam do atendimento, que são caracterizados como urgência e emergência.

Palavras chaves: Saúde da Criança; Pediatria; Emergência; Urgência; Cuidado.

Abstract: Based on what refers to care and assistance, most children who arrive at pediatric emergency units could sometimes have been spared, since domestic accidents endorse the care queue for this population. And when it comes to emergency care for children, in several studies used as a theoretical reference base, only four percent of children treated in an emergency room are cases that needed care, which are characterized as urgency and emergency.

Keywords: Child Health; Pediatrics; Emergency; Urgency; Careful.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país paternalista, de modelo centrado nas diretrizes da equidade, universalidade, integralidade, preservação da autonomia e igualdade da assistência. E o governo ao longo dos anos vem trabalhando para que todos sejam assistidos mais perto de suas residências, proporcionan-



do um melhor conforto, de modo que foram criadas as Unidades de Pronto Atendimento – UPA, que de acordo com número de habitantes, a proporção médica é distribuída.

Mas, vários estudos demonstram que a população tem o velho hábito no modelo hospitalocêntrico, e no caso das crianças, os adultos tutores daquela criança, acabam a ir até a UPA por questões que poderiam ser resolvidas em uma unidade básica de saúde, causando a sobrecarga do serviço.

A equipe multidisciplinar está para intermediar a situação, compreendendo o que pode ter ocorrido, analisando cada indivíduo em seu lugar de fala, e podendo tecer uma rede de melhor comunicação. Fazendo que possam chegar a um senso comum, interligando os laços e fortalecendo os vínculos, já que é um direito garantido pela constituição. E assim, pautados nessa base robusta da lei, o estatuto da criança e do adolescente, assegura que essa população tenha um atendimento integral a saúde, dando muito direito e fazendo os tutores esquecerem por algumas vezes dos deveres para com os mesmos.

Um caso que assiste-se com frequência nas unidade de emergência e que exige de todos os profissionais é quando se trata de violência doméstica, pois desde a triagem até a alta, sempre devem olhar com uma certa desconfiança quando se trata de alguma criança que nosso instinto nos conta. Pois adolescentes e crianças são classificados como grupos de elevada vulnerabilidade, quando se trata da violência, e desde educadores, unidade básica, agentes comunitários ao especialista, tem o dever de manter o olhar atento à essa população (FERREIRA, 2005; PHEBO, 2005).

O serviço social, reconhecendo o núcleo familiar, realizando genogramas e ecomapas relacionais, a psicologia no processo de compreensão daquele seio familiar, dentistas, fisioterapeutas, cada um dentro do seu universo de conhecimento fazem uma teia que cerca o paciente, dando a ele o direito de viver a vida que ele precisa (GONÇALVES et al., 2013).



E dentro do pronto atendimento pediátrico é o local onde as vítimas das mais diversas violências dão entrada, sejam elas lesões cutânea, traumas, lacerações, cabe a equipe multidisciplinar sempre olhar de forma holística o paciente em atendimento, e quando um caso de violência é confirmado, a equipe precisa da união em si, para proteger o ser em atendimento que está vulnerável. Somente um atendimento em conjunto é capaz de reduzir as sequelas e as consequências que o fato poderá trazer sobre a criança (PIVA et al., 2017).

Não ter equipes multidisciplinares formadas, é o que faz com que os atendimentos a essas crianças sejam ineficientes, e em muitos locais no Brasil, o clínico fica incumbido da tarefa diagnóstica, e o profissional preocupa-se em resolver as demandas clínicas, não tendo como orientar a solução das questões sociais, e nem se atentar para a vítima da violência. Isso ocorre, pois o serviço sempre está sobrecarregado, e pais e acompanhantes impacientes, tornando a atenção dada ao ser humano menos efetivo e minucioso (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Para trabalhar com problemas sociais do Brasil é imprescindível a existência da equipe multidisciplinar, pois a prevenção de várias patologias, até mesmo da violência, são tarefas que precisam ser delimitadas no atendimento a criança, organizando cada profissão dentro da sua autonomia, atuando na prática assistencial, fazendo com que as crianças sejam nossos futuros cidadãos saudáveis e esclarecidos, fazendo-se cumprir a nossa legislação.

REFLEXÃO

O atendimento a pacientes pediátricos por si já gera conflitos relacionados a divergências de faixa etária a ser incluída para atendimento por profissional pediatra, passando por grandes dis-



paridades não apenas nas patologias que acometem mais frequentemente cada idade, mas também nas diferenças de fluxo de atendimento, dispositivos a serem utilizados e dosagem de medicamentos. Diferentemente do atendimento à adultos, existem muitas nuances e estas devem ser criteriosamente consideradas quando de um atendimento.

No Brasil o Estatuto da Criança e do Adolescente divide as categorias com base em duas faixas: de zero a doze anos incompletos e de 13 a 18 anos. Compreendendo que a Pediatria é a especialidade responsável pelo atendimento nas fases de crescimento e desenvolvimento, abarcando desde o período intrauterino até o fim da adolescência, do ponto de vista administrativo, as unidades de saúde podem dividir áreas de atendimento diferenciadas para as distintas faixas envolvidas, com recursos mais apropriados para cada faixa, na qual a avaliação, diagnóstico e tratamento serão de responsabilidade dos profissionais pediatras (BRASIL, 1990).

Principais quadros graves que levam um paciente pediátrico ao atendimento de emergência

As causas mais comumente encontradas em uma emergência pediátrica, independentemente da causa base, são as seguintes: insuficiência respiratória, desidratação, anafilaxia, convulsões e trauma. A falha em reconhecer as variações de sinais vitais de acordo com a faixa etária que é considerada importante para pronto atendimento pode definir vida ou morte do paciente, requerendo uma expertise diferenciada. Uma subclassificação destes quadros poderia ser realizada da seguinte forma: insuficiência respiratória, falência respiratória, desidratação que levou a um estado de choque compensado ou descompensado e disfunção cerebral primária (MEHRA; GUPTA, 2017).

Alguns pontos devem ser considerados, como por exemplo, o trauma externo, principalmen-



te acidentes de trânsito são a causa número 1 de mortalidade na infância. A possibilidade de ocorrência de afogamento secundário em crianças deve ser sempre considerada, mesmo que inicialmente resgatada e estável, a observação hospitalar é mandatória. A principal causa de parada cardiorrespiratória na população pediátrica é a hipóxia, devendo-se sempre estar atento e reavaliar constantemente sinais de estresse respiratório para pronta intervenção. Considerar possibilidade de abuso ou violência quando a criança ou adolescente se apresentam mais retraídos ou com dificuldade de permitir a realização do exame físico (SES-RJ, 2022).

Sistemas de Classificação de Risco

Quadros emergenciais pediátricos como os citados anteriormente, se não identificados e prontamente atendidos podem rapidamente evoluir, podendo incidir em maior morbidade e mortalidade. Sistemas de Classificação de Risco (SCR) e Sistemas de Alerta de Emergência (SAE) podem apoiar os profissionais de porta de emergência a definir quais pacientes devem receber atendimento imediato e quais podem aguardar atendimento com maior segurança (JUNIOR et al., 2021).

Os Sistemas de Classificação de Risco levam em consideração a queixa principal reportada e as manifestações clínicas, priorizando o atendimento com base no risco clínico e não na ordem de chegada a unidade de saúde. Esta priorização é categorizada em 5 níveis de acordo com a apresentação clínica atual da criança, sinais de gravidade visíveis, mensurados ou reportados, indicando o tempo máximo que o paciente pode aguardar por assistência (MAGALHÃES; LIMA, 2018).

A maioria dos SCR e SAE não estão validados para utilização no Brasil, entretanto sua utilização mesmo que não consiga atingir altos valores de sensibilidade e de especificidade, fornecem



informações que diferenciam a apresentação clínica e podem ser utilizados como um indicador de qualidade do serviço de emergência, quando se escolhe a ferramenta mais aproximada das principais causas de mortalidade, de admissão hospitalar e em Terapia Intensiva e tempo de permanência na Emergência. Os principais SCR utilizados no mundo são: Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS); Manchester Triage System (MTS); Emergency Severity Index (ESI); Australian Triage Scale (ATS). Quanto aos SAE temos: Paeditric Observation Priority Score (POPS); Pediatric Early Warning Score (PEWS); Pediatric Approach Triangle (PAT), todos validados e com bom nível de confiabilidade nos países em que foram criados (JUNIOR et al., 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs um Manual de Acolhimento e Classificação de Risco dentro da Política Nacional de Humanização (PNH), o mesmo se baseia nos SCR supracitados que classificam os pacientes para atendimento por cores, que determinam o local ao qual serão direcionados e o tempo de espera para realização de avaliação médica e tratamento apropriado.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal publicou em 2021 um Manual atualizado que contempla critérios para a população, adulta, obstétrica e pediátrica de forma individualizada, ao mesmo tempo que propõe fluxos de atendimento a partir da queixa principal reportada. O tempo estimado para a realização da Classificação de Risco é de 5 minutos, devendo o paciente ser conduzido ao local apropriado de acordo com sua categorização. A Tabela 01 sumariza os níveis de classificação, especificando características mínimas, local de atendimento e tempo de espera (BRASIL, 2021).



TABELA 01: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ASPECTOS GERAIS:

COR DA CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS DO PACIENTE	TEMPO DE ATENDIMENTO	LOCAL DE ATENDIMENTO
VERMELHO	Pacientes que apresentam risco iminente de morte	Imediato	Salas de Emergência; Salas vermelhas
LARANJA	Pacientes com potencial risco de agravo, requerendo acompanhamento contínuo das equipes médica e de enfermagem	10 minutos	Consultório médico se em condições ou Salas de emergência
AMARELO	Pacientes que necessitam de atendimento médico mediato	60 minutos	Consultório Médico
VERDE	Pacientes sem risco de agravo	06 horas	Consultório Médico por ordem de chegada
AZUL	Pacientes que precisam de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas ou através de agendamento na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência	12 horas, caso fora do horário de funcionamento das UBSs	Consultório Médico por ordem de chegada

Alguns pontos importantes devem ser considerados durante a classificação, pois denotam risco iminente de morte: tempo decorrente entre o início dos sintomas e a chegada no serviço; rebaixamento do nível de consciência; comprometimento de vias aéreas (estridor inspiratório e/ou expiratório); respiração ineficaz (batimento de asa de nariz, utilização de musculatura acessória, cianose); sinais de choque (sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão, pulso periférico filiforme ou ausente) e presença de hemorragia. Os parâmetros esperados para cada faixa etária devem estar inclusos nos



fluxos de acordo com a queixa principal, para que desta forma o profissional classificador possa determinar em qual categoria de gravidade o paciente se enquadra (BRASIL, 2021).

Parada Cardiorespiratória na criança: o pior cenário

A cadeia de sobrevivência pediátrica tanto intra-hospitalar quanto extra hospitalar, diferem das dos pacientes adultos basicamente pelos motivos que mais comumente levam estes diferentes grupos a evoluírem para uma Parada Cardiorrespiratória (PCR). Como já visto anteriormente, a hipóxia é a principal causa de PCR em crianças e o Trauma a principal causa de óbitos. Desta forma, o primeiro elo da cadeia de sobrevivência está associado ao reconhecimento e prevenção precoces. Da mesma forma, PCRs induzidas por hipóxia normalmente se apresentam com ritmos cardíacos não chocáveis, o que justifica o termo “ressuscitação avançada” no lugar de “desfibrilação” (AHA, 2020).

Diferentemente do adulto, outro fator importante se refere ao reconhecimento da PCR, considerando que pacientes pediátricos que apresentem inconsciência, respiração ausente ou agônica, não necessariamente precisam ter ausência de pulso central para que manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) sejam iniciadas. Frequências de pulso abaixo de 60 batimentos por minuto são suficientes para indicar o início das manobras de Suporte Básico ou Avançado de Vida em Pediatria. Os protocolos de RCP também diferem quanto a faixa etária, existindo recomendações para lactentes (menores de 1 ano com exceção dos neonatos), crianças (maiores que 1 ano até puberdade – surgimento das mamas nas meninas e pêlos axilares nos meninos) e adolescentes serão conduzidos pelo protocolo de adultos e não serão abordadas neste Capítulo (AHA, 2020).

A tabela 02 sumariza as condutas serem tomadas na realização do Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico (AHA, 2020).



TABELA 02: PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DE SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA:

Recomendações Gerais – Público Pediátrico, exceto adolescentes		
Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida (SAV)		
	Lactentes	Crianças
Reconhecimento	Inconsciente + sem respiração ou respiração agônica + sem pulso central ou com pulso < 60 bpm)	
Sequência	Compressão Torácica + Abertura de Via Aérea + Ventilação	
Frequência da compressão	100 a 120 por minuto	
Profundidade da compressão	1/3 do diâmetro antero-posterior do tórax. - Lactentes com 1 ou 2 dedos no terço inferior do esterno. - Crianças com 1 ou 2 mãos no terço inferior do esterno.	
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total do tórax entre as compressões.	
Interrupção das compressões	Minimizar as compressões torácicas ao mínimo possível (verificação de pulso, de ritmo cardíaco e procedimentos invasivos)	
Vias Aéreas	Dar preferência a tubos endotraqueais com cuff de tamanho adequado	
Relação compressão/ventilação (anterior a via aérea avançada)	- 30 compressões para cada 2 ventilações com 2 profissionais, durante 2 minutos, revezando a função a cada ciclo de 2 minutos. - 15 compressões para cada 2 ventilações com 1 profissional, durante 2 minutos.	
Ventilação com via Aérea Avançada	- 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos (20 a 30 ventilações por minuto), durante 2 minutos. - Manter compressões torácicas contínuas por 2 minutos.	



Desfibrilação	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiro choque: 2 joules/kg; - Segundo choque: 4 joules/kg; - Choques posteriores: maior ou igual 4 joules/kg (máximo de 10 joules/kg);
Tratamento Medicamentoso (intravenoso ou intraósseo)	<ul style="list-style-type: none"> - Epinefrina: 0,01 mg/kg (0,1 ml/kg da concentração de 0,1mg/ml), não ultrapassando dose de 1 mg, a cada 3 a 5 minutos; - Amiodarona: bolus de 5 mg/kg, podendo ser repetida 3 vezes (ritmos chocáveis); - Lidocaína: 1 mg/kg em substituição da amiodarona (ritmos chocáveis). <p>Atenção!!!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em ritmos chocáveis a prioridade é desfibrilar. Em caso de persistência da PCR, as medicações são administradas imediatamente após a verificação do pulso e início de novo ciclo de RCP; - Em ritmos não chocáveis a prioridade além de tratar a causa da PCR é o tratamento medicamentoso com epinefrina.

CONCLUSÃO

Baseando no que se refere a cuidados e atendimentos, a maioria das crianças que chegam até as unidades de emergências pediátricas, poderiam por vezes terem sido poupadas, já que o acidente doméstico endossa a fila de atendimento dessa população. E quando se trata de atendimento de emergência a criança, em vários estudos usados como base de referencial teórico, apenas quatro por cento das crianças atendidas em um pronto socorro, são casos que necessitavam do atendimento, que são caracterizados como urgência e emergência.

A equipe multidisciplinar, é um dos requisitos para que uma unidade de pronto atendimento funcione, e precisa-se que todos em sua autonomia profissional compreendam seu papel, e exerçam.



Trabalhem duro, mas de forma empática e holística sempre solicitando um ou outro para se complementares.

REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. *Circulation*, 142(16), Suppl_2, 20 October 2020; p. S469-S523.

BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da Republica, 1990.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2ª ed, 2021.

FERREIRA, Ana L. “Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra.” *Jornal de Pediatria* 81 (2005): s173-s180.

GONÇALVES, Bruna, et al. “O cuidado da criança com dor internada em uma unidade de emergência e urgência pediátrica.” *Revista Dor* 14 (2013): 179-183.

JUNIOR et al. Pediatric emergency triage systems. *Rev Paul Pediatr.* 2023;41:e2021038.

MAGALHÃES F. J; LIMA, F. E. T. Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria. Universidade Federal do Ceará, 2018.

MEHRA, B.; GUPTA, S.. Common Pediatric Medical Emergencies in Office Practice. *The Indian Journal of Pediatrics*, January, 85(1):35–43, 2018.

PHEBO, Luciana; MOURA, Anna Tereza. “Violência urbana: um desafio para o pediatra. *Jornal de*



Pediatria 81 (2005): s189-s196.

PIVA, Jefferson P. et al. Emergência pediátrica no Brasil: a consolidação da área de atuação para o pediatra. *Jornal de Pediatria* 93 (2017): 68-74.

SES-RJ. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Manual para a organização das Unidades de urgência e Emergência em conformidade com o dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. SES-RJ, 2022.

TEIXEIRA CARMEM FONTES, PAIM JAIRNILSON SILVA, VILASBÔAS Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus.* 1998 Jun; 7(2): 7-28.

