

**CLÁUDIO FERNANDO RODRIGUES SORIANO
ANA JÚLIA MENDES MARTINS
KARINE INÊS COSTA CORDEIRO
ALESSANDRA CLAUDINO DOS SANTOS PACHECO
PAULO JORGE SOUZA GALINDO FILHO**

SUORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2º Edição



Cordial

Sociedade Beneficente
do Coração de Alagoas



hawking
EDITORA

**CLAUDIO FERNANDO RODRIGUES SORIANO
ANA JÚLIA MENDES MARTINS
KARINE INÊS COSTA CORDEIRO
ALESSANDRA CLAUDINO DOS SANTOS PACHECO
PAULO JORGE SOUZA GALINDO FILHO**

**SUORTE BÁSICO DE
VIDA
EM PEDIATRIA
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

DIREÇÃO EDITORIAL: Betijane Soares de Barros

REVISÃO ORTOGRÁFICA: Autores

DIAGRAMAÇÃO: Luciele Vieira da Silva

IMAGENS DE CAPA: Autores

IMAGENS DE CAPA: Editora Hawking

O padrão ortográfico, o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas do autor. Da mesma forma, o conteúdo da obra é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu autor.



Todos os livros publicados pela Editora Hawking estão sob os direitos da Creative Commons 4.0 https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

2019 Editora HAWKING

Av. Comendador Francisco de Amorim Leão, 255 - Farol, Maceió - AL, 57057-780 www.editorahawking.com.br
editorahawking@gmail.com

Catálogo na publicação

Elaborada por Bibliotecária Bruna Heller (CRB10/2348)

S959

Suporte básico de vida em pediatria para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Claudio Fernando Rodrigues Soriano ... [et al.]. – 2. ed. – Maceió, AL: Editora Hawking, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-81683-71-9

1. Saúde. 2. Ciências da saúde. 3. Pediatria. I. Soriano, Claudio Fernando Rodrigues. II. Martins, Ana Júlia Mendes. III. Cordeiro, Karine Inês Costa. IV. Pacheco, Alessandra Claudino dos Santos. V. Título.

CDU 616-053.2

Índice para catálogo sistemático:

CDU: Pediatria 616-053.2

**CLAUDIO FERNANDO RODRIGUES SORIANO
ANA JÚLIA MENDES MARTINS
KARINE INÊS COSTA CORDEIRO
ALESSANDRA CLAUDINO DOS SANTOS PACHECO
PAULO JORGE SOUZA GALINDO FILHO**

**SUORTE BÁSICO DE
VIDA
EM PEDIATRIA
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Direção Editorial

Dra. Betijane Soares de Barros, Instituto Multidisciplinar de Alagoas
– IMAS (Brasil)

Conselho Editorial

Dra. Adriana de Lima Mendonça/Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil), Universidade
Tiradentes - UNIT (Brasil)

Dra. Ana Marlusia Alves Bomfim/ Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas –
UNCISAL (Brasil)

Dra. Ana Paula Moraes Carvalho Macedo /Universidade do Minho
(Portugal)

Dra. Andrea Marques Vanderlei Fregadolli/Universidade Federal de
Alagoas – UFAL (Brasil)

Dr. Eduardo Cabral da Silva/Universidade Federal de Pernambuco -
UFPE (Brasil)

Dr. Fábio Luiz Fregadolli//Universidade Federal de Alagoas – UFAL (Brasil)

Dra. Maria de Lourdes Fonseca Vieira/Universidade Federal de
Alagoas – UFAL (Brasil)

Dra. Jamyle Nunes de Souza Ferro/Universidade Federal de Alagoas –
UFAL (Brasil)

Dra. Laís da Costa Agra/Universidade Federal do Rio de Janeiro-
UFRJ (Brasil)

Dra. Lucy Vieira da Silva Lima/Universidade Federal de Alagoas –
UFAL (Brasil)

Dr. Rafael Vital dos Santos/Universidade Federal de Alagoas – UFAL
(Brasil), Universidade Tiradentes - UNIT (Brasil)

Dr. Anderson de Alencar Menezes/Universidade Federal de Alagoas –
UFAL (Brasil)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
PARADA CARDIORESPIRATÓRIA.....	8
ELOS DA CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	9
RECONHECENDO UMA PCR EM PEDIATRIA.....	10
MANEJO DA PCR PEDIÁTRICA COM SUPORTE BÁSICO DE VIDA.....	11
RCP DE ALTA QUALIDADE EM PEDIATRIA.....	13
USO DO DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO – DEA.....	19
OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE) EM PEDIATRIA.....	21

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento grave que resulta da interrupção da circulação sistêmica, da respiração ou de ambas. Em crianças, esse fenômeno geralmente representa o estágio final de uma deterioração clínica progressiva, diferindo do adulto, no qual a PCR costuma ter origem súbita. Já a OVACE (Obstrução de Vias Aéreas por Corpo Estranho), conhecida popularmente como engasgo, ocorre pela obstrução parcial ou completa da via aérea, decorrente da ingestão ou inalação acidental de objetos, alimentos ou outras substâncias ao longo do trajeto do ar até os pulmões (LIMA et al., 2021).

Em crianças, a PCR raramente tem origem primariamente cardíaca, também diferindo dos adultos. Na maioria dos casos, é a insuficiência respiratória ou o choque que evoluem progressivamente para hipóxia e, posteriormente, PCR. A OVACE se destaca como uma causa frequente e potencialmente evitável de hipóxia em ambiente extra-hospitalar, especialmente em crianças pequenas (JOYNER et al., 2025). No ambiente intra-hospitalar, a PCR em crianças está frequentemente associada à insuficiência respiratória, sepse e distúrbios cardiovasculares (SHIMODA-SAKANO et al., 2020).

Apesar dos avanços no atendimento, a taxa de sobrevivência após PCR extra-hospitalar em pediatria permanece baixa (6,6 A 17,3%), especialmente em lactentes,

enquanto em ambiente intra-hospitalar essa taxa ainda chega até 44% (JOYNER et al., 2025). Diante disso, o reconhecimento precoce da deterioração clínica, o treinamento de cuidadores e socorristas leigos em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e o acesso rápido ao serviço de emergência são essenciais para a melhoria dos desfechos (JOYNER et al., 2025).

Nesse contexto, o Suporte Básico de Vida (SBV) corresponde ao conjunto de ações iniciais realizadas diante de uma emergência, especialmente quando há acesso limitado a recursos avançados, incluindo o reconhecimento imediato da situação, a ativação do serviço de emergência, a realização de manobras de desengasgo, a execução de RCP de alta qualidade e o uso precoce do desfibrilador externo automático (DEA), preferencialmente com atenuador pediátrico, até a chegada do atendimento especializado.

Esta cartilha de Suporte Básico de Vida em Pediatria para profissionais da saúde foi elaborada com o objetivo de apresentar, de forma sistematizada e atualizada, os principais passos da ressuscitação cardiopulmonar de alta qualidade e das manobras de desengasgo em vítimas de PCR e OVACE na faixa etária pediátrica.

Para melhor compreensão, a faixa etária pediátrica é dividida da seguinte forma: lactentes, correspondendo às crianças menores de 1 ano de idade

(excluindo recém-nascidos em sala de parto), e crianças, entre 1 ano de idade e o início da puberdade. Indivíduos

com sinais de puberdade devem ser manejados conforme as diretrizes para adultos.

PARADA CARDIORESPIRATÓRIA

CAUSAS DE PCR EM PEDIATRIA As principais causas potencialmente reversíveis de parada cardiorrespiratória em crianças são as mesmas do adulto e incluem os chamados **6Hs e 6Ts**: hipóxia, hipovolemia, hipo/hipercalcemia, hipoglicemia, hidrogênio (acidose) e hipotermia; e tamponamento cardíaco, tromboembolismo pulmonar, trombose coronariana (IAM), toxinas (intoxicação), tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo) e trauma (TOPJIAN et al., 2020; DISQUE, 2021)

Entretanto, na população pediátrica, como já mencionado, a PCR raramente decorre de causas súbitas primariamente cardíacas. Na maioria dos casos, resulta da progressão de insuficiência respiratória ou choque, culminando em hipóxia. Assim, embora as causas reversíveis clássicas devam ser consideradas durante a ressuscitação, as diretrizes da American Heart Association enfatizam que o reconhecimento precoce da deterioração clínica e o manejo imediato das causas respiratórias e hipóxicas são fundamentais na abordagem inicial da PCR em crianças (JOYNER et al., 2025).

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA:

A cadeia de sobrevivência pediátrica compreende um conjunto de ações interdependentes que visam melhorar a sobrevida e os desfechos neurológicos após a PCR. Tradicionalmente, o atendimento à PCR enfatizava principalmente a RCP de alta qualidade e a desfibrilação precoce. Entretanto, as diretrizes atuais destacam que intervenções antes e após a parada são também fundamentais para melhores resultados.

A cadeia de sobrevivência requer esforços coordenados de profissionais de diversas áreas da saúde e, no contexto extra-hospitalar, também de treinamento de socorristas leigos, operadores de centrais de regulação e equipes de emergência, evidenciando a importância de uma resposta integrada e eficiente.

Além disso, os cuidados pós-parada e o processo de recuperação são essenciais para reduzir sequelas, especialmente neurológicas.

Assim, a American Heart Association padroniza uma cadeia de sobrevivência única (figura 1), que inclui: prevenção e

reconhecimento precoce, ativação do qualidade, desfibrilação precoce quando sistema de emergência, RCP de alta indicada, cuidados pós-PCR e recuperação.

Figura 1. Cadeia de sobrevivência da PCR



Fonte: Adaptado de American Heart Association (2025). Tradução livre do autor.

ELOS DA CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Prevenção e reconhecimento da PCR

A prevenção e o reconhecimento precoce da deterioração clínica assumem papel central, sobretudo em pediatria. No ambiente extra-hospitalar, na prevenção temos que lembrar também de iniciativas de segurança e prevenção da síndrome de morte súbita infantil.

As principais causas de PCR na infância e adolescência devem ser conhecidas e estratégias de saúde adequadas com medidas preventivas devem ser instituídas e aplicadas. Por a maioria dos eventos ser precedida por sinais clínicos de agravamento, torna-se possível sua identificação precoce.

Assim, o reconhecimento precoce do paciente crítico, a monitorização adequada e a intervenção oportuna são

fundamentais para evitar a evolução para a PCR (JOYNER et al., 2025).

Ativação rápida do sistema de emergência

Reconhecida a PCR, o socorrista deve acionar rapidamente o serviço de emergência e iniciar as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) sem atrasos. Na PCR extra-hospitalar (PCREH), o socorrista deve acionar o Serviço Médico de Emergência (SME), preferencialmente utilizando o viva-voz caso esteja sozinho, permitindo a comunicação contínua enquanto inicia a RCP. Além disso, deve-se solicitar imediatamente um desfibrilador externo automático (DEA), se disponível. Na PCR intra-hospitalar (PCR IH), o time de resposta à emergência (por exemplo, código azul) deve ser acionado

prontamente.

RCP de alta qualidade

Independente do ambiente onde a PCR aconteça, deve-se iniciar as compressões o mais rápido possível. Visando a realização em alta qualidade, elas devem ter: frequência de **100 a 120 compressões por minuto**; profundidade de aproximadamente **1/3 do diâmetro do tórax** ($\approx$ 4 cm em lactentes e 5 cm em crianças); retorno completo do tórax após cada compressão; minimização das interrupções; ventilação adequada, evitando excesso, com garantia adequada de abertura das vias aéreas.

Desfibrilação precoce

A desfibrilação é fundamental nos casos de ritmos chocáveis, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, devendo ser realizada o mais precocemente possível com o uso do DEA, preferencialmente com atenuador pediátrico.

NÃO ESQUEÇA: “A RCP de alta qualidade e desfibrilação precoce de ritmos chocáveis são o pilar do tratamento da PCR pediátrica e devem ser fornecidas a todos os pacientes para que as outras terapias sejam eficazes” (JOYNER et al., 2025) .

Ressuscitação avançada:

Corresponde à continuidade do atendimento por equipe especializada, incluindo intervenções como monitorização, acesso vascular, administração de medicamentos e manejo avançado de vias aéreas. Essa parte não é do suporte básico de vida.

Cuidados pós PCR

Os cuidados pós-PCR fazem parte de uma abordagem sistematizada que tem como objetivo evitar tanto a mortalidade precoce, por instabilidade hemodinâmica e respiratória, quanto a morbimortalidade tardia, pela falência de múltiplos órgãos e/ou lesão neurológica.

Recuperação e sobrevivência:

A recuperação envolve acompanhamento e reabilitação multidisciplinar, com foco no bem-estar físico, cognitivo, emocional e social do paciente, devendo ser iniciada ainda durante a hospitalização e mantida após a alta (TOPJIAN et al., 2020; JOYNER et al., 2025).

RECONHECENDO UMA PCR EM PEDIATRIA

A avaliação deve ser rápida e sistematizada, incluindo:

- Verificar a responsividade da

criança;

- Avaliar a respiração (ausente ou anormal, como gasping);
- Verificar a presença de pulso central **em no máximo 10**

segundos.

A ausência de pulso pode ser difícil de identificar com precisão, mesmo para profissionais de saúde, e não representa um indicador confiável de PCR. Por isso, a checagem do pulso não deve atrasar o início da RCP.

Considera-se em PCR criança que apresenta:

- Ausência de resposta;
 - Ausência de respiração ou respiração agônica (gasping);

- Ausência de pulso central **ou dúvida quanto à sua presença após 10 segundos de avaliação.**

Em lactentes, recomenda-se a palpação do pulso braquial; em crianças maiores, o pulso carotídeo ou femoral.

Além disso, em pediatria, deve-se iniciar a RCP também nos casos em que a frequência cardíaca (FC) é inferior a 60 batimentos por minuto, associada a sinais de má perfusão, apesar de ventilação adequada.

PCR PARA LEIGOS: NÃO RESPONDE + NÃO RESPIRA NORMALMENTE = INICIAR RCP. NÃO CHECAR PULSO!

MANEJO DA PCR PEDIÁTRICA COM SUPORTE BÁSICO DE VIDA DEA/desfibrilador;

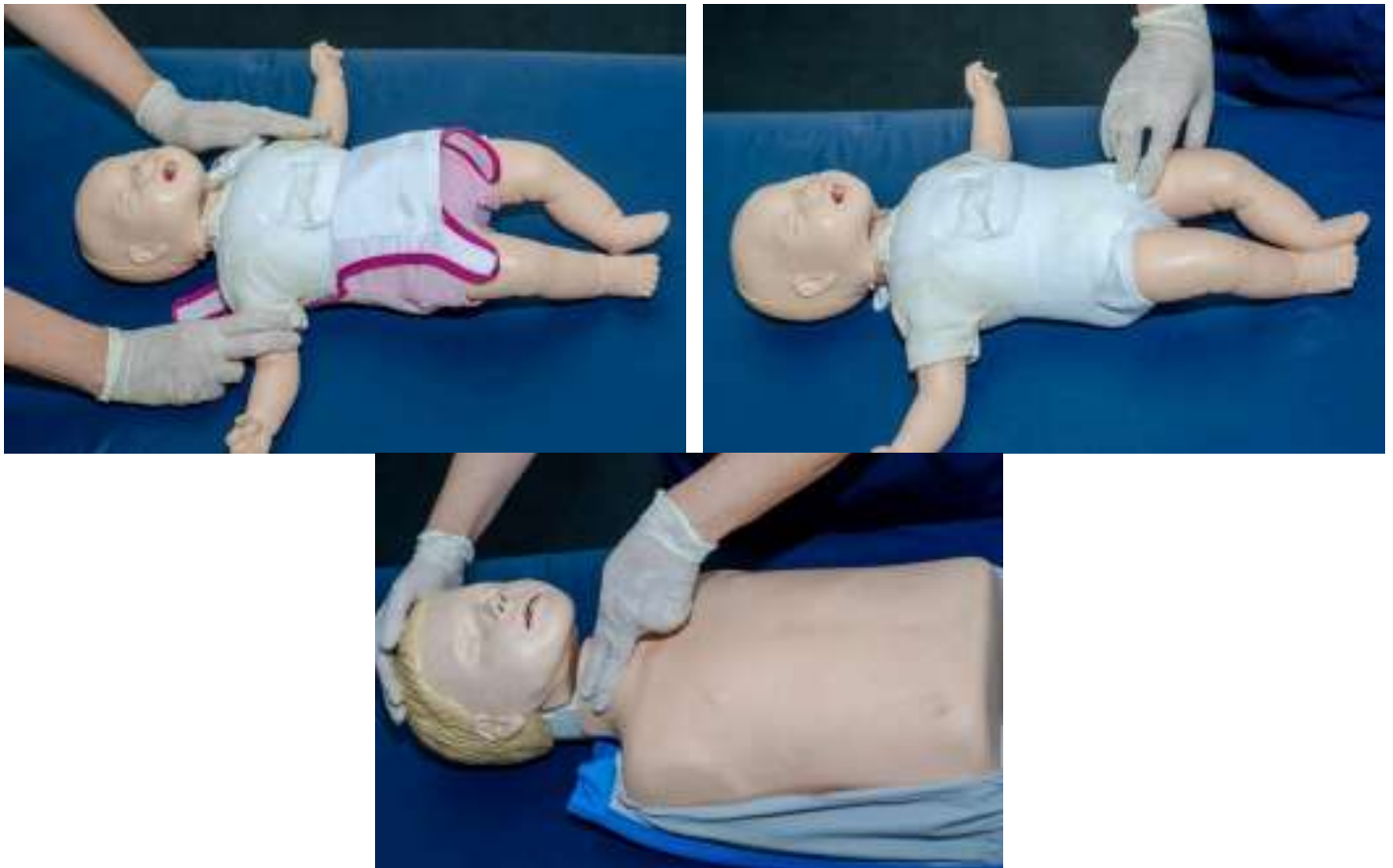
Diante de uma suspeita de parada cardiorrespiratória (PCR) em lactentes ou crianças, o profissional de saúde deve (anexos 1 e 2):

- **Garantir a segurança do local**, evitando novos riscos para a vítima e socorristas;
- **Verificar a responsividade**, chamando a criança em voz alta e tocando seus ombros. Em lactentes, pode-se estimular com leves batidas nas plantas dos pés;
- **Pedir ajuda em voz alta; • Acionar o serviço de emergência (SAMU 192) ou solicitar ajuda.** Se estiver sozinho, utilizar o viva-voz;
- **Pedir para alguém buscar um**

- **Avaliar simultaneamente a respiração e o pulso central por, no máximo, 10 segundos:**

- Verificar se a respiração está ausente ou anormal (gasping);
- **Lactentes:** palpar pulso braquial (fig. 2A);
- **Crianças:** palpar pulso carotídeo ou femoral (fig. 2B,C);
- Se não houver pulso ou houver dúvida quanto à sua presença, iniciar imediatamente a RCP.

Fig. 2 -. Pulso braquial em bebês (A). Pulso femoral (B) e carotídeo (C) em crianças.



FONTE: Autoria própria

Tomadas as medidas iniciais e identificado o quadro, proceda de acordo com uma das quatro possíveis situações abaixo:

Ausência de pulso em 10 segundos:

- Se colapso súbito e presenciado: acionar imediatamente o SME (se ainda não o fez), solicitar um DEA do local ou buscá-lo e fazer uso do mesmo assim que disponível. Iniciar RCP imediatamente (ver: RCP de alta qualidade em pediatria e O uso do desfibrilador elétrico automático - DEA).
- Colapso não presenciado: iniciar a RCP imediatamente por 2 minutos. Após 2 minutos, acionar SME e

buscar um DEA. Usar o DEA assim que disponível.

- Se suspeita de intoxicação por opioide, administrar antagonista de opioide nos dois casos.

Respiração anormal com pulso presente:

- Acionar o SME (se ainda não o fez);
- Abrir via aérea e reposicionar;
- Iniciar ventilações de suporte: uma ventilação a cada 2 a 3 segundos (20-30 por minuto) ; ●

- Observar a elevação do tórax e evitar ventilação excessiva;
- Reavalie o pulso após 2 minutos
 - Se suspeita de intoxicação por opioide, administrar antagonista de opioide
 - Se FC menor ou igual a 60bpm, apesar de oxigenação e ventilação adequadas, proceder de acordo com: “FC menor ou igual a 60bpm com sinais de má perfusão, apesar de oxigenação e ventilação adequada”
 - Se FC maior a 60bpm, continuar fornecendo ventilações e verificando o pulso a cada 2 minutos

FC menor ou igual a 60bpm com sinais de má perfusão, apesar de oxigenação e ventilação adequada:

- Se colapso súbito e presenciado:

- acionar o SME, caso ainda não tenha o feito, solicitar um DEA e iniciar RCP;
- Se colapso não presenciado: iniciar RCP de alta qualidade com compressões torácicas e ventilações (ver: RCP de alta qualidade em pediatria) e após 2 min, solicitar SME e um DEA, ou buscá-lo;
 - Checar o pulso a cada 2 minutos.
 - Se suspeita de intoxicação por opioide, administrar antagonista de opioide

Respiração normal e pulso presente:

- Manter monitorização contínua; ● Acionar o serviço de emergência, se ainda não o fez;
- Acompanhar até a chegada do atendimento especializado.

RCP DE ALTA QUALIDADE EM PEDIATRIA

A RCP de alta qualidade, associada à desfibrilação precoce nos ritmos chocáveis, representa o principal componente do tratamento da PCR pediátrica, sendo fundamental para o sucesso das demais intervenções.(JOYNER et. al, 2025).

Aqui se faz importante minimizar as interrupções na RCP de modo geral, que as pausas nas compressões torácicas sejam menores que 10 segundos e evitar ventilação excessiva.

Na RCP, deve-se adotar a sequência de atendimento C - A - B (Compressões, Abertura de vias aéreas e Ventilação)

C - compressões torácicas de alta qualidade:

As compressões torácicas devem ser realizadas com profundidade de

aproximadamente **1/3 do diâmetro anteroposterior do tórax**, correspondendo a cerca de **4 cm em lactentes e 5 cm em crianças**, em uma frequência de **100 a 120 compressões por minuto**.

Durante as compressões, é fundamental:

Compressões em lactentes:

Os socorristas devem comprimir o esterno usando a técnica com 1 mão (base de uma mão sobre o esterno) (fig. 3A) ou a técnica com 2 polegares envolvendo o tórax (fig. 3B), com uma

A relação compressão-ventilação deve ser:

profundidade de 4cm. Se o socorrista

- Permitir o **retorno completo do tórax** após cada compressão;
- **Minimizar interrupções**, com pausas < 10 segundos entre as compressões torácicas a cada 2 minutos para checar pulso e/ou ritmo;
- Garantir **superfície rígida**;
- Manter o **posicionamento adequado das mãos**;
- Evitar **ventilação excessiva**

não conseguir envolver o tórax fisicamente, recomenda-se realizar as compressões utilizando a técnica com a base de uma mão. (JOYNER et. al, 2025)

- **1 socorrista: 30:2**
- **2 socorristas: 15:2**

3A 3B

Figura 4 - Compressões torácicas em crianças



FONTE: American Heart Association (2025).

Compressões em crianças (maiores de 1 ano):

Nessa faixa etária as compressões torácicas podem ser realizadas com

uma mão (fig. 4A) ou duas mãos (fig. 4B,C), apoiando-se a palma da mão

(região tenar e hipotenar) na metade inferior do esterno com uma profundidade de aproximadamente 5 cm. (DISQUE, 2021; MASTENBJÖRK & MELONI, 2021; CARVALHO & GUILHERME, 2023; JOYNER et. al,

2025)

A relação compressão-ventilação deve ser:

- **1 socorrista:** 30:2
- **2 socorristas:** 15:2



FONTE: Autoria própria

tração da mandíbula (jaw thrust), evitando a

A - Abertura das vias aéreas

A abertura das vias aéreas é essencial para permitir ventilação eficaz durante a ressuscitação cardiopulmonar. As manobras utilizadas variam conforme o contexto clínico, especialmente quanto à presença de suspeita de trauma cervical.

- **Na ausência de suspeita de trauma cervical:**
Recomenda-se preferencialmente a manobra de **inclinação da cabeça com elevação do queixo**.
- **Na presença de suspeita de trauma cervical:**
Deve-se utilizar preferencialmente a manobra de

movimentação da coluna cervical - sem inclinar a cabeça. Mas se jaw thrust não abrir as vias aéreas, deve-se realizar a primeira manobra.

Manobra de inclinação da cabeça com elevação do queixo:

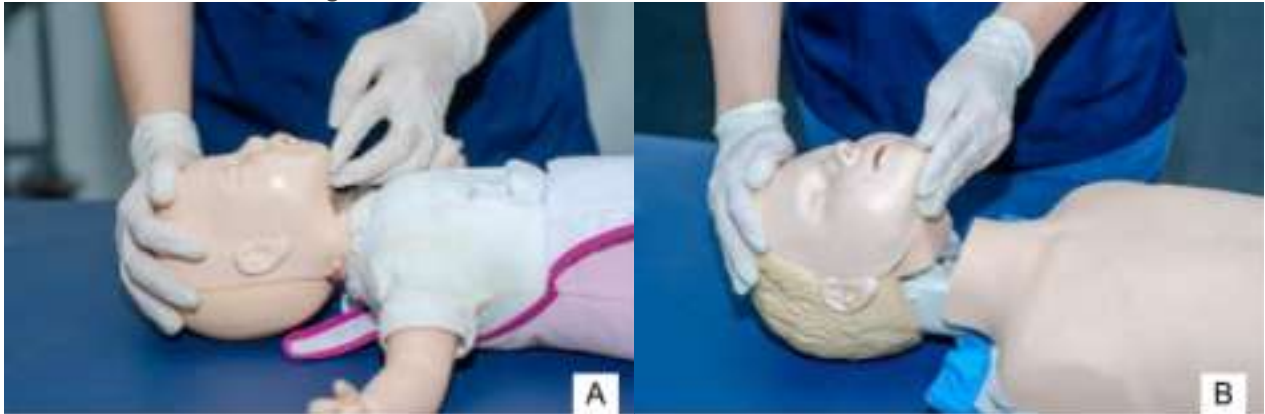
- Posicionar uma das mãos sobre a região frontal e realizar leve inclinação da cabeça para trás (fig. 5A);
- Posicionar os dedos indicador e médio da outra mão sob o mento, elevando-o suavemente para

cima e para frente (fig. 5B);

Em lactentes, evitar hiperextensão,

mantendo a cabeça em posição neutra ou levemente estendida.

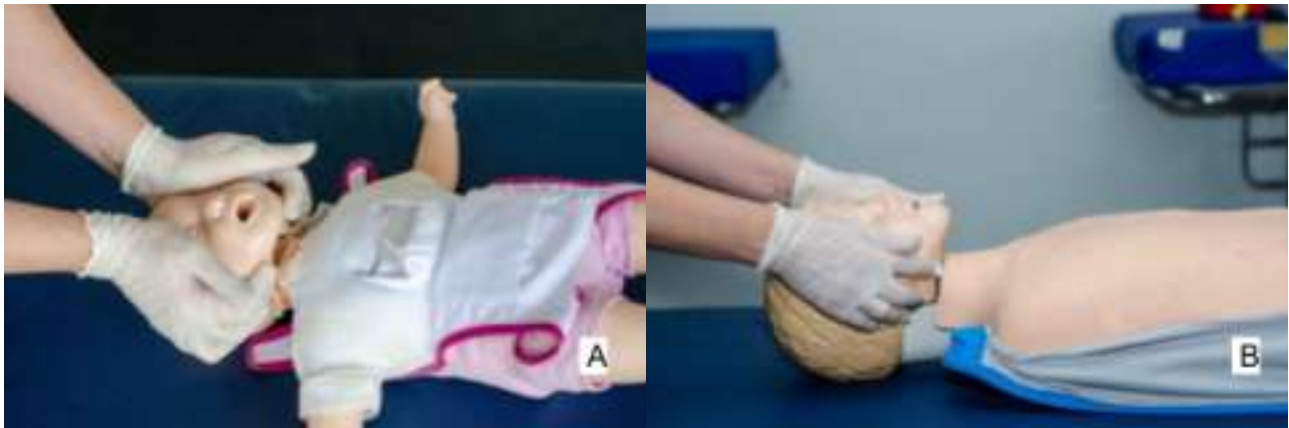
Fig. 5: Técnica de abertura de vias aéreas



FONTE: Autoria própria
MANOBRA Jaw thrust

Posicionar os dedos indicadores e médios atrás do ângulo da mandíbula, promovendo sua projeção anterior, sem movimentar a cabeça do paciente (fig. 6).

Figura 6 - Jaw thrust em lactente (A) e em criança (B).



Fonte: Autoria própria

B - Ventilação

As ventilações devem ser realizadas após as compressões torácicas, na proporção de **2 ventilações a cada ciclo de compressões**, quando não há via aérea avançada.

As ventilações podem ser administradas utilizando:

- Dispositivo de barreira, como **máscara de bolso** (fig. 7);
- Dispositivo

bolsa-válvula-máscara (BVM).

MÁSCARA DE BOLSO

Na ausência de equipamentos, pode-se utilizar:

- **Boca-a-boca** (crianças);
- **Boca-a-boca e nariz** (lactentes).

Cada ventilação deve ser realizada ao longo de **aproximadamente 1 segundo**, observando a **elevação do**

tórax e evitando ventilação excessiva. A máscara de bolso é um dispositivo de barreira que permite ventilação boca-máscara, reduzindo o risco de contaminação. Posicione a máscara sobre o nariz e a boca da vítima, garantindo vedação adequada; mantenha a via aérea aberta com a . manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo; administre ventilações com duração de aproximadamente 1 segundo; observe a elevação do tórax; evite ventilação excessiva

Figura 7 - Ventilação em criança com máscara de bolso



Fonte: Autoria própria

BOLSA-VÁLVULA-MÁSCARA:

O dispositivo bolsa-válvula-máscara (BVM) é o método mais eficaz para

ventilação no suporte básico de vida, especialmente quando utilizado por **dois socorristas**.

Com 1 socorrista

- Posicionar a máscara sobre a face da vítima, cobrindo nariz e boca, garantindo vedação adequada;
- Utilizar a técnica **C-E**: dedos polegar e indicador formam um “C” para vedação da máscara e os demais dedos formam um “E”, promovendo a elevação da mandíbula;
- Com a outra mão, comprimir a bolsa para administrar a ventilação;
- Observar a **elevação do tórax**.

Com 2 socorristas (preferencial)

- Um socorrista mantém a vedação da máscara com **as duas mãos** (técnica C-E bilateral), garantindo melhor abertura das vias aéreas e o segundo socorrista realiza as ventilações comprimindo a bolsa;

TÉCNICA BOCA-A-BOCA E BOCA-A-BOCA E NARIZ

Siga os seguintes passos:

- Manter a via aérea aberta com a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo, na ausência de suspeita de trauma cervical;
 - **Lactentes**: posicionar a boca sobre boca e nariz simultaneamente, criando vedação adequada (fig. 8);
- **Crianças maiores**: ocluir o nariz com o polegar e o indicador e

vedar os lábios ao redor da boca da vítima (fig. 9);

- Respirar normalmente (e não profundamente) e administrar uma ventilação com duração de aproximadamente 1 segundo, observando a elevação do tórax;
- Se o tórax não se elevar, reposicionar a via aérea e tentar nova ventilação;
- Após 2 ventilações (ou tentativas), reiniciar imediatamente as compressões torácicas.

Figura 8 - Técnica de ventilação boca-a-boca e nariz em crianças menores e bebês.



Fonte: Autoria própria

Figura 9- Técnica de ventilação boca-a-boca em crianças maiores.



Fonte: Autoria própria

USO DO DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO - DEA

O desfibrilador externo automático (DEA) deve ser utilizado o mais precocemente possível em crianças em PCR com ritmos chocáveis (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular).

Em pacientes pediátricos, recomenda-se o uso de desfibrilador manual ou de DEA com atenuador de carga pediátrico ou, caso não esteja disponível, pode-se utilizar o DEA padrão com eletrodos adultos. Se sob cuidados de um profissional de saúde treinado, o

desfibrilador manual é preferível.

O uso de eletrodos pediátricos é recomendado para crianças com menos de 8 anos de idade ou peso inferior a 25 kg, quando disponíveis.

Quando usar o DEA:

- Nenhuma resposta após sacudir e chamar a criança - ausência de responsividade;
- Sem respiração ou gasping;
- Não foi detectado pulso central.

LEMBRE-SE: A RCP DEVE SER REALIZADA ENQUANTO SE ESPERA O DEA. AS PAUSAS ANTES E DEPOIS DA DESFIBRILAÇÃO DEVEM SER MÍNIMAS. APÓS DESFIBRILAÇÃO, RETOMAR COMPRESSÕES IMEDIATAMENTE.

COMO USAR O DEA EM CRIANÇAS E LACTENTES (fig. 10):

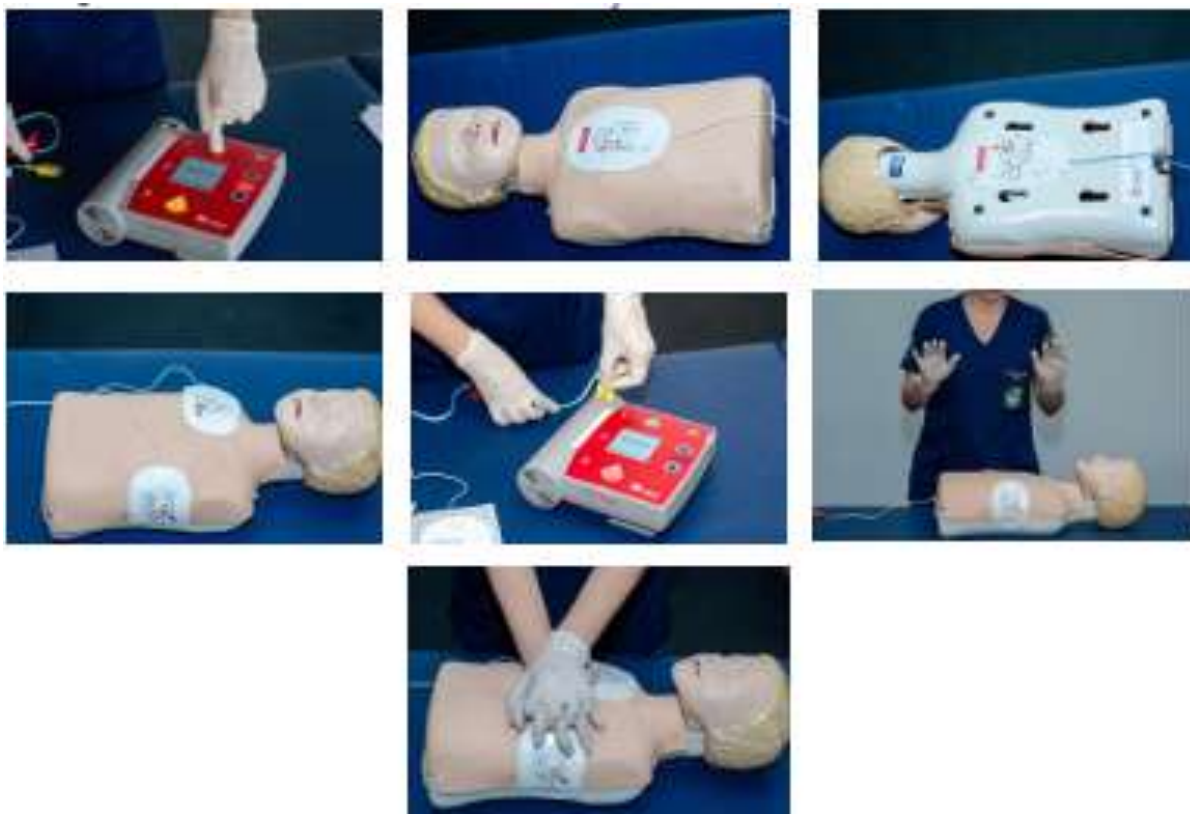
- Ligue o aparelho;
- Exponha o tórax do lactente ou da criança (se estiver molhado, seque-o);
- Procure os eletrodos pediátricos, se não estiver disponível, use os eletrodos para adultos;
- Retire os adesivos;
- Aplique um na parte anterior e outra na parte posterior do tórax (posição ântero-posterior), ou uma na parte anterior direita e outra na parte lateral esquerda (posição ântero-lateral).
 - Certifique-se de que os fios estão conectados ao DEA e que os eletrodos não estão se tocando; ● Afaste-se da criança;
 - Permita que o DEA analise o ritmo;
 - Se indicado (a mensagem for “Choque”), então administre o choque;
 - Retorne a RCP por dois minutos, iniciando pelas compressões;
 - Repita o ciclo conforme orientação do aparelho

OBS: Em lactentes e crianças, recomenda-se usar as maiores pás ou eletrodos autoadesivos que caibam no tórax, mantendo uma boa separação entre eles.

Pás e eletrodos autoadesivos são considerados igualmente eficazes e eficientes.

IMPORTANTE: Após o choque, não checar o pulso imediatamente. Retome as compressões direto por 2 minutos.

Figura 10 - Uso do DEA em lactentes e crianças



Fonte: Autoria própria

OBSTRUÇÃO DAS VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO (OVACE) EM PEDIATRIA

A OVACE é uma das principais causas de PCR em crianças no ambiente extra-hospitalar, por isso é importante o reconhecimento precoce e o manejo correto dessa emergência como forma de prevenção de evolução para PCR. Durante uma OVACE é importante diferenciar entre obstrução leve e obstrução grave, pois a conduta varia conforme a gravidade do quadro (anexo 3).

COMO RECONHECER E MANEJAR UMA OVACE?

Obstrução (engasgo) parcial/leve: ● A criança consegue falar ou emitir sons, geralmente responde se está engasgada

- A criança respira
- A criança consegue chorar
- A criança consegue tossir

vigorosamente

- A criança pode apresentar chiado ou ruídos respiratórios

Obstrução (engasgo) completo/grave:

- Início súbito

Figura 11 - sinal universal do engasgo



Fonte: Autoria própria

- Dificuldade respiratória intensa
- Tosse ausente, tosse fraca ou ineficaz (tosse silenciosa)
- Não consegue falar ou emitir sons
- Presença de estridor
- Não consegue chorar
- Alteração do nível de consciência
- Sinal universal do engasgo: paciente envolve com uma ou ambas as mãos a garganta (fig. 11)
- Pode apresentar cianose

Avalie a gravidade e a responsividade para definir a conduta adequada para o caso. Na presença de OVACE grave, sempre chamar ajuda!

Obstrução leve em criança e lactente responsivos

Você deve:

- Manter a calma e tranquilizar a vítima;
- **Incentivar tosse eficaz e vigorosa;**
- **Não realizar manobras de desobstrução;**
- Monitorar continuamente;
- Observar sinais de progressão para obstrução grave.

LEMBRE-SE: Se a criança consegue tossir de forma eficaz, **não interferir**.

Obstrução completa/grave em criança (maior de 1 ano) responsivo:

Na presença de obstrução grave, deve-se iniciar imediatamente manobras de desobstrução, que devem ser realizadas em ciclos repetidos iniciados com 5 tapas nas costas alternando com 5 compressões abdominais (manobra de Heimlich) (fig. 12), até que o objeto seja expelido ou a criança se torne não responsiva

Figura 12 - Manobra de Heimlich em criança



Fonte: Autoria própria

Como fazer:

1. Dê 5 tapas/golpes nas costas, entre as escápulas
2. Posicione-se atrás da criança, envolvendo-a com os braços na altura do abdome;

Figura 13 - golpes nas costas



Fonte: Inteligência Artificial

3. Feche uma das mãos em punho e a posicione na linha média do abdome, entre o umbigo e o apêndice xifóide;
4. Segure o punho com a outra mão;
5. Realize compressões rápidas para dentro e para cima;
6. Repita os ciclos até a desobstrução das vias aéreas ou até a vítima ficar inconsciente.

OBS: Caso a criança perca a consciência, iniciar imediatamente a ressuscitação cardiopulmonar (RCP).

Obstrução completa/grave em lactente (menor de 1 ano) responsivo:

Na presença de obstrução grave em lactentes, devem ser realizadas manobras de desobstrução com ciclos alternados de golpes nas costas e compressões torácicas (fig.13)

Figura 13 - Manobra de desobstrução por corpo estranho em lactentes



FONTE: American Heart Association (2025).

COMO FAZER:

1. O socorrista deve posicionar o bebê em decúbito ventral sobre o seu

antebraço;

3. Mantenha o lactente sempre inclinado para baixo, mantendo a sua cabeça em nível inferior ao tórax;

4. Aplicar 5 golpes firmes no dorso (entre as escápulas e com o calcanhar da mão), 5. Virar o bebê para sua frente, em decúbito dorsal, e realizar 5 compressões torácicas logo abaixo da linha intermamilar também com o calcanhar da mão;

6. Repetir ciclos alternados até que o

2. Sustentar a cabeça e a mandíbula com a mão, mantendo o pescoço alinhado;

objeto seja expelido ou o bebê torne-se inconsciente

Importante:

- Não realizar compressões abdominais em lactentes
- Evitar compressões de partes moles
- Caso o lactente se torne inconsciente, iniciar imediatamente RCP

Obstrução grave em criança ou lactente irresponsivo

Quando a criança ou lactente com obstrução das vias aéreas torna-se inconsciente, o atendimento deve seguir o protocolo de ressuscitação cardiopulmonar.

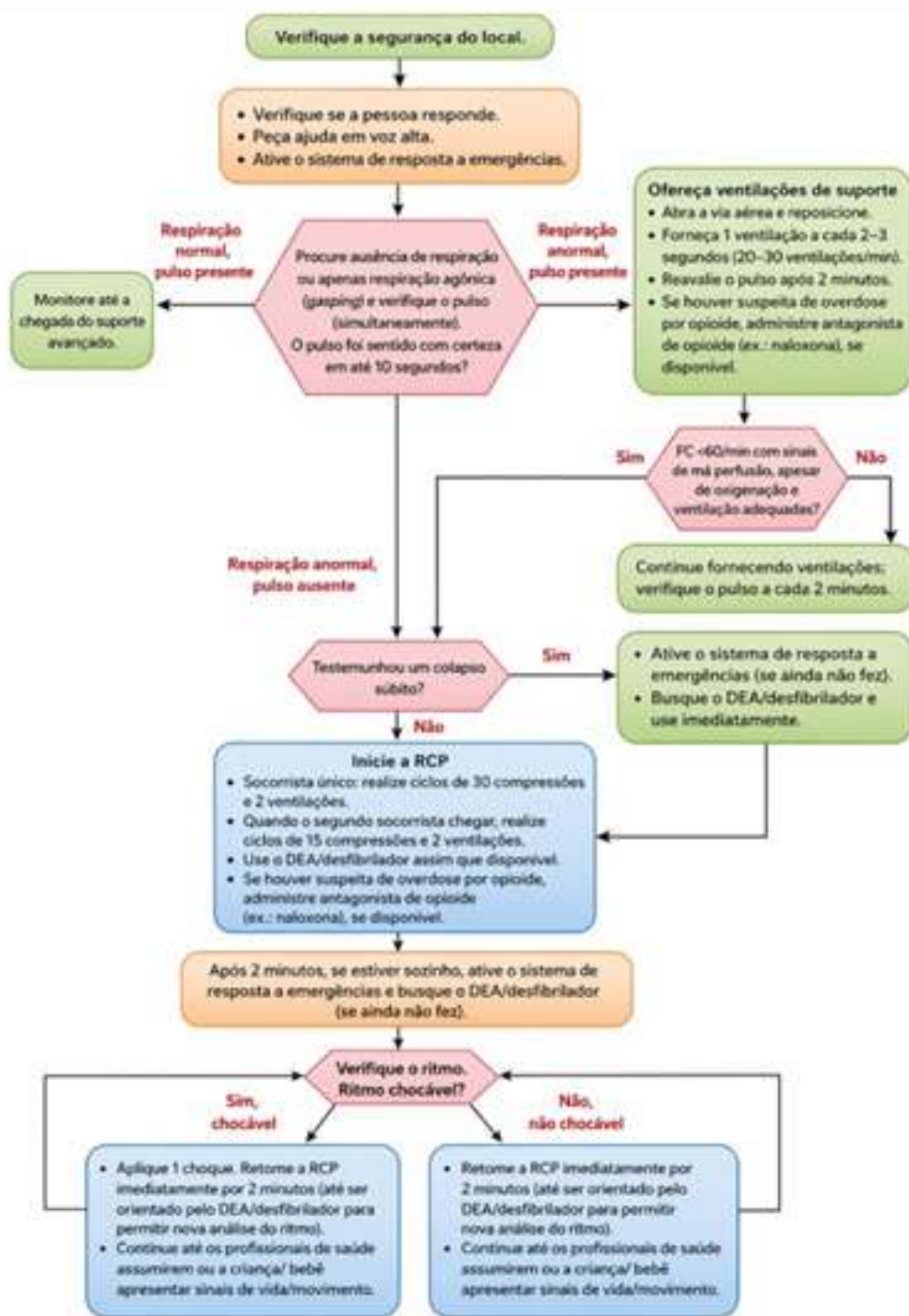
O socorrista deve:

- Iniciar imediatamente RCP, começando pelas compressões torácica,
- NÃO CHECAR PULSO
- Após as compressões, abrir a via aérea;
- Antes de ventilar, sempre inspecionar a cavidade oral à procura do corpo estranho;
- Se o corpo estranho estiver visível, removê-lo cuidadosamente;

- Não realizar varredura digital cega, ou seja, introduzir o dedo sem visualizar o objeto.
- Tentar realizar as ventilações observando a elevação do tórax; ● Na ausência de sucesso, repetir ciclos de compressões e ventilações;
- Acionar o serviço de emergência, se ainda não realizado, e utilizar o DEA assim que disponível.
- Se o objeto for expelido e ocorrer a passagem do ar (ventilação eficaz - tórax expandir), reavaliar a vítima e manter a monitorização; (JOYNER et. al, 2025)

ANEXO 1

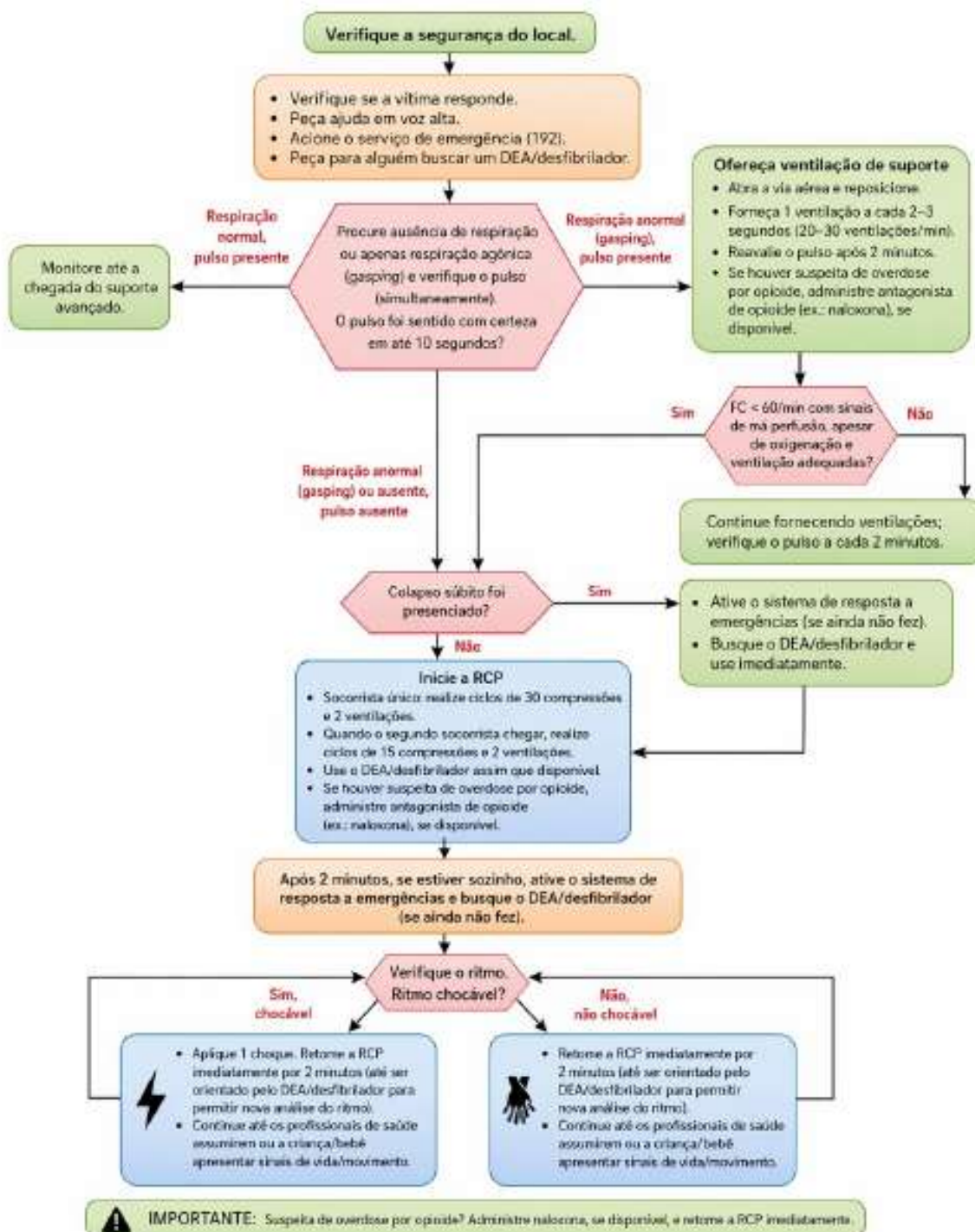
Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico (de bebês à puberdade)
para profissionais de saúde — Socorrista único.



Fonte: Adaptado de American Heart Association (2025). Tradução livre do autor.

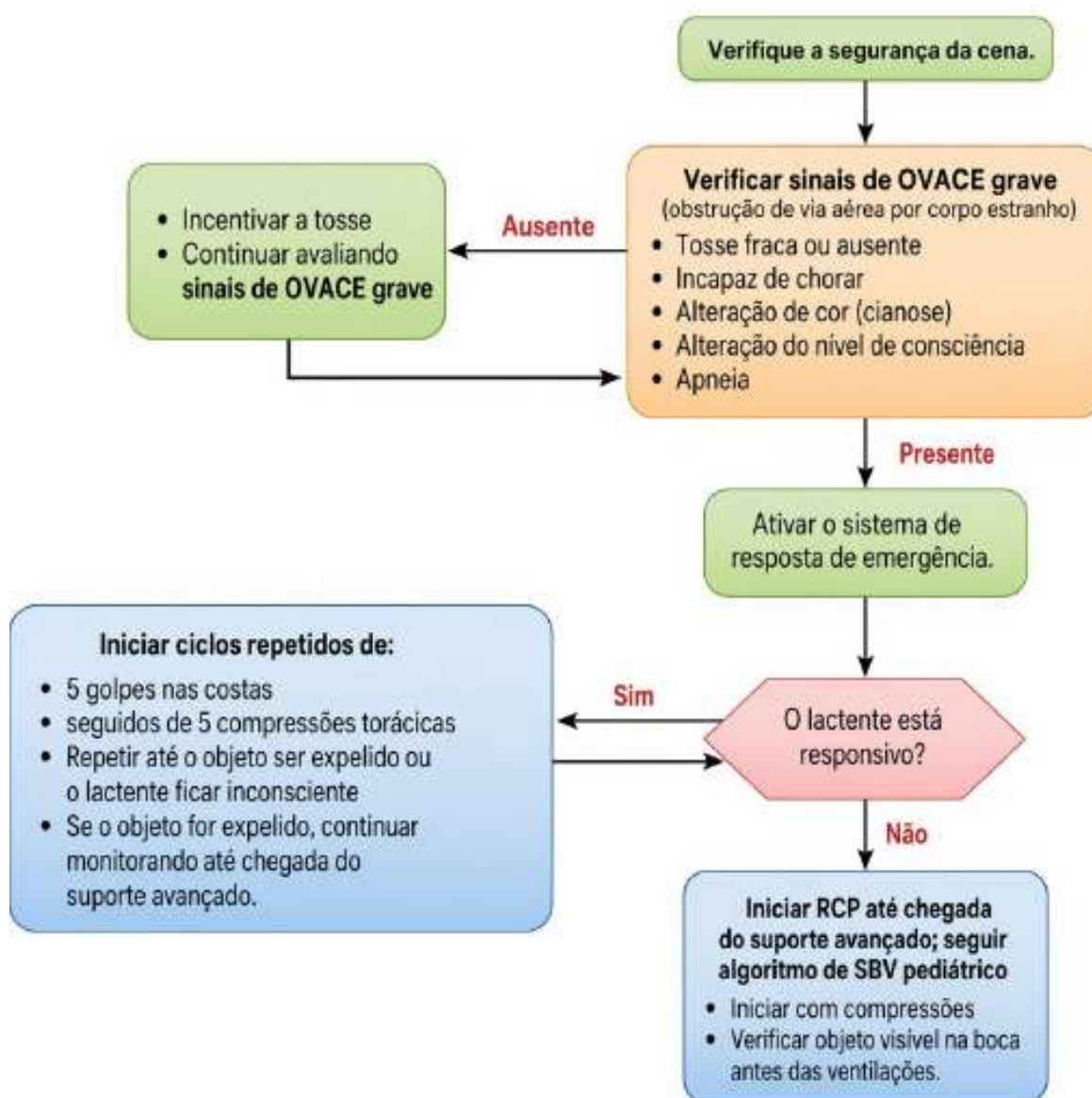
ANEXO 2

Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico (de bebês à puberdade) para profissionais de saúde — 2 ou mais socorristas.



Fonte: Adaptado de American Heart Association (2025). Tradução livre do autor.
ANEXO 3

Algoritmo para desobstrução das vias aéreas por corpo estranho em bebês.



Fonte: Adaptado de American Heart Association (2025). Tradução livre do autor.

