

# Emergências Pré-Hospitalar na Infância

Brígida Neide Rocha Lira  
Maria Cristina de Jesus Melo

## Resumo

As emergências pediátricas podem ocorrer a qualquer momento em qualquer local: no trabalho, lazer ou via pública. A prestação imediata de primeiros socorros muitas vezes significa a diferença entre a vida e a morte dessas crianças ou entre a recuperação e a incapacidade. As medidas de primeiros socorros podem ser aplicadas por qualquer pessoa que esteja próxima a criança, até que chegue o auxílio especializado. O Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro preocupa-se com o treinamento em primeiros socorros há vários anos e através dos ensinamentos adquiridos por esta magnífica Instituição é que gostaríamos de dar um enfoque especial aos prováveis acidentes com as crianças e que se tornam alvos fáceis para os mais variados tipos de acidentes que requerem atuação de emergência imediata.

*Palavras-chave:* Enfermagem. Saúde da criança. Emergência pediátrica. Primeiros socorros.

## Introdução

Desde o nascimento a criança requer assistência criteriosa, que se inicia com a concepção, através das medidas de proteção, promoção e apoio à mãe, a guardiã da vida intra-uterina do seu bebê até o nascimento. Na tentativa de preservar a integridade da mãe e do bebê são adotadas medidas para o acompanhamento pré-natal até o nascimento .

No entanto o recém-nascido humano, é um dos animais mais dependentes de cuidados, pois caso não se faça nada por ele, até que venha à atingir condições de autocuidar-se, muito provavelmente ele morrerá por privação desses cuidados essenciais a vida – o cuidado dos primeiros anos de vida.

Em se tratando de acidentes com crianças, seja ela recém nascidos, lactentes, pré- escolares e escolares, a enfermagem deve preparar-se para atender ou ensinar outrem a fazer os primeiros socorros. Nesse sentido, o presente curso tem por propósito apresentar as situações mais corriqueiras de acidentes na infância e qual intervenção está indicada para elas.

Não se trata de esgotar um tema que requer

treinamento intenso, porém contribuir com a socialização de um conhecimento que salva vidas e previne o surgimento de seqüelas. A simplicidade inerente a ação reduz a complexificação do caso, portanto trata-se de um conhecimento que **deve** ser difundido com os pais e responsáveis pelo cuidado a criança.

A enfermagem como profissão tem a responsabilidade de traçar linhas sólidas de orientação no sentido de criar padrões qualitativos nos domínios da formação e da prática. O presente curso, apresenta as bases teóricas e práticas que ajudam na resolução rápida e segura do atendimento pré-hospitalar de crianças em situação de emergência. Deste modo, visa fomentar a consciência dos profissionais de enfermagem sobre um ambiente terapêutico seguro, preparado para suprir as necessidades individuais de cada criança, mesmo fora do ambiente hospitalar.

## As situações acidentais corriqueiras na vida da criança

Os recém-nascidos e lactentes (0 à 24 meses de idade) podem ser acometidos por peque-

nos engasgos causado por refluxos, que levam a aspirações em volumes pequenos ou maciços de resíduos alimentares. A ingestão de pequenos objetos (moedas e botões, por exemplos); as quedas da própria altura e de móveis, como berço, mesa, sofá etc; as queimaduras provocadas por ferro de passar roupas e panelas com alimentos ou líquidas quentes, são todas situações que no ambiente doméstico são causas corriqueiras de acidentes.

As crianças na idade pré-escolares (mais de 24 meses até seis de idade), podem vir a envolver-se com acidentes idênticos aos já mencionados acima, porém a probabilidade de fraturas por quedas torna-se maior, pois nesta faixa etária ela já está inserida em um grupo escolar, andam de bicicletas, participam de brincadeiras e jogos de correr, pular e jogar bola.

Dos sete anos aos doze anos de idade, tanto as queimaduras como as fraturas podem ser freqüentes nessa faixa de idade. Entretanto, os atropelamentos, os choques elétricos, os afogamentos, as intoxicações exógenas (ingestão de substâncias medicamentosas ou tóxicas) e os ferimentos ocasionados por arma branca (faca) e projétil de armas de fogo (PAF) são parte de uma realidade constante na vida dessas crianças.

## O agir...

O mais importante em qualquer uma dessas situações é, em primeiro lugar, manter a calma e pensar nas possibilidades que ocasionaram o acidente. Em seguida, agir rapidamente. Uma avaliação da cena do acidente visa, principalmente, evitar que a pessoa que se propõe a realizar o atendimento não venha a se tornar mais uma vítima.

O segundo passo é tentar estabilizar a vítima, mantendo-a posicionada de forma a facilitar a ação do socorrista. Proceder à identificação do grau de consciência e da presença de respiração e pulsação; caso, à primeira vista não se perceba a respiração convém inspecionar o motivo de sua ausência explorando as vias aé-

reas superiores (VAS) para provável obstrução, que pode ser mecânica (corpo estranho ou queda da língua) e ou secreções (sangue, vômitos etc). Muitas vítimas de acidentes automobilísticos morrem mais por obstrução das VAS, que impedem a vítima de respirar, do que suas próprias fraturas ou traumas. Em crianças, a queda de língua funciona como um obstáculo a entrada e a saída de ar, e geralmente é um dos problemas mais importantes de asfixia.

De acordo com Santos *et al* (1999) "as causas mais comuns de obstrução alta de VAS em crianças com nível de consciência diminuído são a queda de língua sobre a parede posterior da faringe e corpos estranho..."

O terceiro passo é a busca por socorro especializado, o mais breve possível. As primeiras medidas são paliativas e tem por objetivo a preservação da vida por um período determinado.

No caso da criança encontrar-se inconsciente e com ausência de atividade cardíaca e respiratória. Deve-se iniciar imediatamente as **manobras de reanimação cardiopulmonar**.

Os protocolos usados no socorro de emergência são simples, pois se tratam de atividades coordenadas e que na sua grande maioria podem ser executadas por no mínimo um socorrista e no máximo dois. Surgirão situações, no entanto, que um socorrista não pode atuar sozinho, pois a manobra de estabilização cervical, por exemplo, necessita de uma pessoa para segurar a cabeça da vítima, enquanto a outra coloca o colar cervical ou um dispositivo improvisado para assegurar a estabilização da coluna cervical.

Em um atendimento, de natureza desconhecida ou, principalmente, em acidentes automobilísticos em que a criança ou qualquer outra vítima estiver inconsciente, devemos nos preocupar com a hipótese de lesões cervicais. Portanto, a estabilização com manobras adequadas serão sempre necessárias, uma vez que o objetivo de quem atende é preservar a vítima, e nunca causar um segundo trauma. Se a pessoa que procede ao atendimento for um profissional da

área de saúde, ela poderá realizar a avaliação neurológica segundo a Escala de Coma de Glasgow Pediátrica (**Figura 1**), e assim preci-

sar qual é o nível de consciência que a criança está apresentando, e conseqüentemente estimar a gravidade do trauma.

**Figura 1. Escala de Glasgow Pediátrica**

Pontuação	Padrão de resposta segundo a idade		
<b>Avaliação da abertura ocular</b>			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Não abre	Não abre	
2	Dor	Dor	
3	Aos estímulos verbais	Ao grito	
4	Espontânea	Espontânea	
<b>Melhor Resposta Motora</b>			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Sem resposta	Sem resposta	
2	Extensão	Extensão	
3	Flexão anormal	Flexão normal	
4	Retirada em flexão	Retirada em flexão	
5	Localiza a fonte de dor	Localiza a fonte de dor	
6	Obedece		
<b>Melhor Resposta Verbal</b>			
	> 5 anos	> 2- 5 anos	0-2 anos
1	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
2	Sons incompreensíveis	Grunhidos	Grunhidos
3	Palavras desconexas	Choro e gritos	Choro impróprio
4	Desorientado	Palavras inapropriadas	Choro
5	Conversa com orientação	Frases e palavras impróprias	Sorri, balbucia e chora normal

**Avaliação da pontuação:** A pontuação mínima é 3 e a máxima é 15. A pontuação obtida é somada e reflete a condição neurológica da criança. O coma é definido com pontuações menores que 8.

As medidas adotadas são específicas para cada situação, porém a verificação do nível de consciência e os passos do ABC (em inglês) são indicadas para o início de qualquer abordagem junto à vítima, denominado de exame primário:

A (*Airway*): abertura das VAS;

B (*Breathing*): verificação da respiração

C (*circulation*): avaliação da circulação através da verificação do pulso.

Depois de concluídas essas etapas com êxito é que avançaremos a segunda etapa ou exame secundário. Ele destina-se a avaliação pupilar, exposição da vítima para inspeção céfalocaudal, avaliação do enchimento capilar e

de extremidades quanto ao pulso, presença de feridas, sangramentos e deformidades acompanhadas por fraturas.

A avaliação do nível da lesão central (Figura 2)

e a verificação do tipo de trauma (Figura 3) podem ser associadas à avaliação neurológica e ao ABC, auxiliando o socorrista na avaliação secundária da vítima.

**Figura 2 : Resposta reflexa segundo o nível da lesão central**

<b>NÍVEL DE LESÃO DO SNC</b>	<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b>	<b>PUPILAS: TAMANHO E REATIVIDADE</b>	<b>REFLEXOS OCULOCEFÁLICO E/OU ÓCULO VESTIBULAR</b>	<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO</b>	<b>RESPOSTA MOTORA</b>
TÁLAMO	LETARGIA ESTUPOR	PEQUENA, REATIVA	AUMENTADOS OU DIMINUÍDOS	CHEYNE-STOKES (RESPIRAÇÃO PERIÓDICA EM RITMO CRESCENTE E DECRESCENTE, INTERCALADO COM APNÉIA)	POSTURA NORMAL, TÔNUS LEVEMENTE AUMENTADO
MESENCÉFALO	COMA	CENTRADA FIXA	AUSENTE	HIPERVENTILAÇÃO CENTRAL NEUROGÊNICA INSPIRAÇÃO E EXPIRAÇÃO FORÇADA	RIGIDEZ DESCORTICADA (MEMBROS SUPERIORES FLETIDOS CONTRA O TÓRAX, MEMBROS INFERIORES ESTENDIDOS)
PONTE	COMA	PUNTIFORME	AUSENTE	EUPNEICO (NORMAL) OU RESPIRAÇÃO RÍTMICA COM PARADA NA INSPIRAÇÃO.	RIGIDEZ DESCEREBRADA (BRAÇOS E PERNAS ESTENDIDOS COM OS BRAÇOS EM ROTAÇÃO INTERNA, PESCOÇO ESTENDIDO) OU FLACIDEZ.

**Figura 3: Escala de avaliação de trauma na criança**

Avaliação	Pontuação		
	+2	+1	-1
Peso	> 20 Kg	10 A 20 Kg	<10 Kg
vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubada, com traqueostomia
Pressão arterial	>90 mmHg	50 A 90mmHg	<50mmHg
nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
lesões abertas	nenhuma	Pequena	Grande ou penetrante
Fraturas	nenhuma	Menor	Múltipla ou penetrante
total:			

**Avaliação da Pontuação:** A pontuação mínima pode chegar a - 5 e a máxima a + 10. Quanto menor a pontuação maiores são as necessidades de entubação e assistência ventilatória e pior será o prognóstico neurológico.

A manobra de desobstrução das vias áreas superiores, com elevação modificada da mandíbula, é indicada no caso de suspeita de trauma cervical. Após a abertura das VAS, deve-se ouvir e sentir a respiração através da observação do tórax da criança (elevação de 0,5 a 1 cm no caso de recém-nascidos), sendo recomendado como parâmetros normais, as respirações de 30 a 40 irpm para recém nascidos e lactentes; de 20 a 30 irpm para crianças maiores; e de 15 a 20 irpm para os adolescentes.

A circulação em recém-nascidos e lactentes é avaliada palpando-se o pulso braquial para facilitar o manejo.

É necessário manter a observação rigorosa das frequências respiratórias e cardíacas, além da coloração da pele, a um intervalo de 15 a 30 segundos até que se restabeleça o padrão respiratório e cardíaco.

No caso de parada cardiorespiratória, até que o socorro especializado chegue, o socorrista, pode iniciar as manobras de reanimação obedecendo as seguintes etapas, para cada faixa etária:

1) Lactente inconsciente- vias áreas livres sem respiração- realizar respiração artificial (com a quantidade de ar suficiente para preencher as bochechas do que atua como

ventilador artificial). Posicione a cabeça e o pescoço do lactente, mantendo-a em ligeira extensão. Ventile o ar concentrado nas bochechas entre o nariz e a boca do lacten-

te por cinco vezes. Verifique o pulso braquial; se estiver lento, realize compressões no tórax, abaixo da linha dos mamilos com dois dedos. Em se tratando de recém-

**Figura 4. Manobras de Reanimação do Recém-Nascido**

Avaliação	Pontuação		
	+2	+1	-1
Peso	> 20 Kg	10 A 20 Kg	<10 Kg
vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubada, com traqueostomia
Pressão arterial	>90 mmHg	50 A 90mmHg	<50mmHg
nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
lesões abertas	nenhuma	Pequena	Grande ou penetrante
Fraturas	nenhuma	Menor	Múltipla ou penetrante
total:			

nascido, faça três compressões de aproximadamente dois cm para uma ventilação (instilar a quantidade de ar nas bochechas uma vez). Repetir este proces-

so por pelo menos um minuto e checar o pulso braquial. Se o pulso permanecer lento, repetir massagem e ventilação; chame socorro especializado ou peça alguém

para fazê-lo (Figura 4). Continue a reanimação até o socorro chegar.

- 2) No caso de crianças maiores de dois anos, a massagem cardíaca e a ventilação poderão ser executadas com as mãos espalmadas sobre a altura da linha mamilar. Comprime-se 2 cm na seqüência de cinco compressões para uma ventilação boca-a-boca de 20 ciclos de respiração artificial, por um minuto. Em seguida, verificar o pulso carotídeo. (Figura 4)

A reanimação cardiopulmonar figura-se como uma das medidas simples no atendimento pré-hospitalar na infância, portanto, em seu protocolo deve-se respeitar os critérios de avaliação e o método de assistência para eliminar os riscos de morte e a prevenção de danos cerebrais irreversíveis.

### **Síntese provisória**

Na prática de emergência pré-hospitalar na infância, as responsabilidades da enfermagem são asseguradas por certas medidas como descritas anteriormente, que colocam à prova, tanto a capacidade motora como a cognitiva do profissional, que precisa pensar e agir com muita rapidez, porém com movimentos precisos que não provoquem dano adicional. A competência do enfermeiro e da enfermeira, portanto, é a chave para um trabalho de qualidade.

A avaliação é o primeiro passo no atendimento pré-hospitalar na infância e requer do profissional de enfermagem uma profunda capacidade de observação. A avaliação é um valioso recurso de informação e de comunicação.

Entre os elementos essenciais ao exercício

da enfermagem, na prestação direta de cuidados a criança vítima de acidente, está a manutenção ou restauração das funções vitais (respiração, circulação, atividade e comunicação); a observação e o registro da alteração do comportamento da vítima, do seu estado físico e emocional, bem como dos fatores ambientais. Além disso, são importantes a avaliação e a implementação de planos de auxílio, com base nos protocolos de atendimento e outros fatores que influenciam a criança e sua família.. E ainda a integração nos próprios serviços da comunidade.

Ao desempenhar estas funções, o enfermeiro e a enfermeira atuam como agentes responsáveis por uma equipe incumbida de cuidados pré-hospitalares, interpretando e cumprindo as instruções de protocolos internacionais. Entretanto, sempre deve agir com independência e juízo crítico quando as situações da vítima requererem e os princípios que regem o exercício da profissão o indicarem.

Os fenômenos sociais que afetam a enfermagem estão intimamente relacionados com a dificuldade em corresponder à exigência crescente da opinião pública no sentido de ser criado um sistema de prestação de serviços em que o atendimento pré-hospitalar seja prontamente acessível a qualquer pessoa. O incentivo reside em procurar meio de providenciar um apoio competente que abranja os progressos mais modernos no campo da investigação médica e científica, meios que conduzirão ao aperfeiçoamento dos cuidados direcionados a criança em situação de emergência.

## **Pediatric emergencies in childhood**

### **Abstract**

Pediatric emergencies can occur at anytime and any place: at leisure time (playground), on the streets etc. Immediate First Aid can make the difference between life and death, complete recovery or inability for these children. First Aid procedures can be done by

person next to the child victim of an accident until the proper medical help comes. So every person has to know and be trained in the First Aid procedures. Rio de Janeiro State Fire Department has shown concern on this subject and offered training on First Aid for several years, and by this magnificent institution's acquired teachings we would like to give special focus on the most common accidents with children and those situations where they are easy prey for a variety of different kinds of accidents that require First Aid in case of immediate emergency

*Key words:* Nursing. Child health. Pediatric emergencies. First Aid.

## **Emergencias pré-hospitalares en la infancia**

### **Resumen**

Las emergencias pediátricas pueden ocurrir en cualquier momento y cualquier lugar en el trabajo, en los entretenimientos, o en la vía pública. La prestación inmediata de los primeros socorros, muchas veces significa la diferencia entre la vida y la muerte, o entre la recuperación total o la incapacidad que puede acontecer, afectando la capacidad física del o de la paciente. Las medidas de los primeros socorros pueden ser aplicadas por cualquier persona que está próxima de la víctima, hasta que llegue el auxilio médico especializado. El Cuerpo de Bomberos Militar del Estado de Rio de Janeiro, se preocupa en el entrenamiento de los primeros socorros hace varios años. Por intermedio de la práctica adquirida en esta institución es que nos gustaría enfocar especialmente los probables accidentes en los niños.

*Palabras clave:* Enfermería. Salud del niño. Emergencia Pediátrica. Primeros socorros.

### **Bibliografía**

- BRITO, I. J.; DEHOUL, M. S.; NASCIMENTO, M. A. L. Os enfermeiros na "hora de ouro". **Rev. Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.1, n.1, p. 91-95.
- SANTOS, R. R. **Manual de Socorro de Emergência**. São Paulo: Atheneu, 1999. 369p.
- Primeiros Socorros de Urgência para criança: como agir com rapidez e eficiência**. Rio de Janeiro: Globo. Ano 2, n. 17-A, 27 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília (DF), 2001. 130p.
- WONG; D.. Whaley's **Enfermagem Pediátrica – Conceitos e princípios Básicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. p. 107-128; 142; 174.
- CAMPBELL, J. E. **Basic trauma Life Support for paramedics and Advanced EMS providers**. 3 ed. Alabama: American college of Emergency Physicians, 1995, p. 374.

## **Sobre as autoras**

### **Brígida Neide Rocha Lira**

Enfermeira Chefe da Unidade Materno Infantil do Hospital Central Aristarcho Pessoa. Enfermeira Intensivista e Neonatal. Curso de BTLS em 1997. Oficial Enfermeiro do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro desde 1994 pelo Grupamento de Socorro de Emergência do Estado do Rio de Janeiro.

### **Maria Cristina de Jesus Melo**

Enfermeira Supervisora do Hospital Central Aristarcho Pessoa. Enfermeira Intensivista. Curso de BTLS pelo American College for Surgeons SP 2001 e ATLS pelo American College for Surgeons SP 2000. Oficial do CBMERJ desde de 1994 pelo Grupamento de Socorro de Emergência do Estado do Rio de Janeiro.