



MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

DFEM

DEPARTAMENTO
DE FORMAÇÃO EM
EMERGÊNCIA MÉDICA



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico

AUTOR

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DESIGN e PAGINAÇÃO

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

GMC – Gabinete de Marketing e Comunicação

ILUSTRAÇÕES

João Rui Pereira

Versão 4.0 - 1ª Edição 2022

Revisão da versão 3.0 - 1ª Edição 2017 por:

Carla Martins; Clifton Gala; Francisco Abecasis; Gabriel Campos; Joana Feu; João Lourenço;
João Póvoa; Márcio Silva; Margarida Gil; Nuno Marques; Paula Neto.

© copyright

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	5
II.	DEFINIÇÃO DA IDADE	6
III.	A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA	7
IV.	SUORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA.....	8
1.	Avaliar as condições de segurança ⁴	8
2.	Avaliar a reatividade da criança	10
3.	Permeabilizar a Via Aérea	10
4.	Avaliar a ventilação	10
5.	Realizar 5 insuflações iniciais	11
6.	Realizar 15 compressões torácicas.....	11
7.	Realizar 2 Insuflações	13
8.	Quando ligar 112? ¹	13
9.	Chamada 112.....	14
10.	Manter SBV	14
11.	Algoritmo SBV Pediátrico.....	15
12.	Utilização de Desfibrilhador Automático Externo (DAE) em crianças.....	16
V.	POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO	18
1.	Técnica de colocação de uma criança em Posição de Recuperação.....	18
VI.	OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA IDADE PEDIÁTRICA (OVA)	20
1.	Classificação da OVA quanto à gravidade	20
2.	Abordagem da criança com suspeita de OVA	21
3.	Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, consciente	21
4.	Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, inconsciente	23
VII.	EQUIPAMENTO DE EQUIPAS DE EMERGÊNCIA	26
1.	Via Aérea (VA)	26
2.	Ventilação.....	27
VIII.	PONTOS A RETER	29
IX.	SIGLAS	30
X.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
	Apêndice 1 - Número Europeu de Emergência - 112.....	32
1.	O Número Europeu de Emergência	32
2.	Os Centros Operacionais 112 (CO112).....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência	7
Fig. 2 - Avaliar condições de segurança.....	8
Fig. 3 - Avaliar a reatividade	10
Fig. 4 - Permeabilizar a via aérea.....	10
Fig. 5 - Avaliar a ventilação	11
Fig. 6 - Realizar cinco insuflações	11
Fig. 7 - Técnica do abraço	12
Fig. 8 - Técnica dos 2 dedos.....	12
Fig. 9 - Compressões nas crianças	12
Fig. 10 - Ligar 112 e iniciar compressões torácicas	13
Fig. 11 - Algoritmo de SBV	15
Fig. 12 - Símbolo que assinala a presença de um DAE	16
Fig. 13 - Algoritmo de SBV Pediátrico.....	17
Fig. 14 - Criança em posição de recuperação, adaptado da AustraliaWide FirstAid.	19
Fig. 15 - Posicionamento da mão de suporte, durante as pancadas interescapulares.	21
Fig. 16 - Pancadas interescapulares - Lactente	21
Fig. 17 - Compressões Torácicas - Lactente.....	22
Fig. 18 - Pancadas interescapulares - Criança	22
Fig. 19 - Compressões abdominais (Manobra de Heimlich) - Criança	22
Fig. 20 - Algoritmo de Obstrução da Via Aérea	24
Fig. 21 - Tubo Orofaríngeo Pediátrico	26
Fig. 22 - Insuflador Manual.....	27
Fig. 23 - Aspirador de secreções.....	27
Fig. 24 - Técnica “C” + “E” para selagem da máscara.....	28
Fig. 25 - Máscara de Bolso	28
Fig. 26 - Chamada 112	33

I. INTRODUÇÃO

A principal causa de paragem cardiorrespiratória (PCR) na idade pediátrica é a hipóxia, sendo o resultado final de um processo de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória. Raramente é um evento súbito, ao contrário dos adultos. É um processo progressivo refletindo o limite da capacidade de o organismo compensar uma lesão ou doença subjacente. Por este facto, a prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação.

A criança tem particularidades anatómicas e fisiológicas que condicionam a etiologia da paragem cardiorrespiratória, pelo que é necessário adaptar os procedimentos de Suporte Básico de Vida (SBV) a essas características.

A criança está particularmente sujeita a situações de obstrução da via aérea, dado que a mesma é de menor diâmetro e colapsa com facilidade. Também a língua, de dimensão relativamente maior, mais facilmente causa obstrução da via aérea.

As causas primárias de paragem cardiorrespiratória (PCR) de origem cardíaca são raras, embora também possam ocorrer.¹ Se esta situação se revelar como muito provável (ex. situação de colapso súbito numa criança com patologia cardíaca), o prognóstico poderá estar dependente de uma desfibrilhação precoce e nestas situações é prioritária a ativação do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), através da chamada para o 112.

No essencial, os princípios gerais são os mesmos do adulto, existindo, no entanto, algumas diferenças que importa realçar. Numa perspetiva prática, as recomendações para o adulto podem ser utilizadas para qualquer jovem que aparenta ter estrutura de adulto.^{1,2}



II. DEFINIÇÃO DA IDADE

A definição da idade é crucial em pediatria. Neste manual, vamos abordar essencialmente duas faixas etárias, os lactentes e as crianças.

Para todos os efeitos considera-se:

Recém-nascido: do nascimento aos 28 dias;

Lactente: dos 29 dias até um ano de idade;

Criança: entre um e 18 anos de idade.^{1 3}

O algoritmo de SBV pediátrico aplica-se a todas as crianças, com exceção do recém-nascido (RN) imediatamente após o nascimento.

Nesta fase, os RN tem especificidades próprias, que determinam que a sua reanimação cumpra procedimentos específicos que deverão ser do conhecimento daqueles que assistem ao parto, o que sai fora do âmbito deste manual.

Independentemente da idade, cabe ao reanimador durante a sua avaliação determinar se a vítima aparenta ser criança ou adulto e assim usar as recomendações pediátricas ou do adulto durante as manobras de Suporte Básico de Vida.

III. A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA



Fig. 1 - Cadeia de Sobrevivência

A Cadeia de Sobrevivência representa através de 5 elos, um conjunto de procedimentos que permitem salvar vítimas de paragem cardiorrespiratória. Estes procedimentos sucedem-se de uma forma encadeada e constituem uma cadeia de atitudes em que cada elo articula o procedimento anterior com o seguinte.

De forma genérica, existem 5 elos nesta cadeia:

- Reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda: para prevenir a PCR;
- Suporte Básico de Vida: para otimizar a oxigenação;
- Ligar 112: para pedir ajuda diferenciada;
- Desfibrilhar: para administração de um choque elétrico que trata um ritmo cardíaco irregular e fatal;
- Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação: para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

Como se referiu anteriormente, a principal causa de PCR na idade pediátrica é a hipóxia, pelo que nas crianças a prioridade é otimizar a oxigenação (com as 5 insuflações iniciais e compressões torácicas).

No caso de reanimador único e sem capacidade de ativar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), é fundamental que o SBV seja iniciado de imediato e efetuado durante um minuto, até conseguir ligar 112.

Havendo dois reanimadores, um deverá ligar de imediato 112 ou procurar ajuda, enquanto o outro inicia SBV.

Cadeia de Sobrevivência

- Prevenir a PCR
- Suporte Básico de Vida
- Ligar 112
- Desfibrilhar
- Estabilizar



IV. SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA

Algumas considerações

O conceito de Suporte Básico de Vida pressupõe um conjunto de procedimentos simples com o objetivo de fornecer oxigênio ao cérebro e ao coração, sem recurso a dispositivos avançados, até à chegada das equipas de emergência, que garantem o Suporte Avançado de Vida.

As manobras de SBV devem ser executadas com a vítima em decúbito dorsal, ou seja, deitada de costas, no chão ou num plano duro.

Se a criança se encontrar, por exemplo, numa cama, deverá ser transferida para uma superfície rígida.

Se a criança for encontrada em decúbito ventral, deve ser rodada em bloco, se possível.

O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter que fazer grandes deslocamentos. O SBV deve ser efetuado sequencialmente, seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior.

O algoritmo a usar em vítimas pediátricas corresponde às 5 insuflações iniciais, seguido de 15 compressões torácicas e 2 insuflações. No caso de o reanimador ter apenas formação de SBV no adulto deverá seguir o algoritmo de adulto, adaptando as técnicas ao tamanho da criança (ex.: lactente com cabeça em posição neutra, compressões com uma mão, etc.).

A sequência de ações que compõem o algoritmo de SBV pediátrico tem como objetivo a simplificação de procedimentos, focando-se nos momentos considerados críticos. O algoritmo apresenta-se assim de forma lógica e concisa.

1. Avaliar as condições de segurança⁴

Como em qualquer outra situação, deve começar por:

Assegurar as condições de segurança para o reanimador, para a vítima e para terceiros, antes de abordar a criança.

Ao aproximar-se da criança deve igualmente procurar pistas sobre o que potencialmente possa ter causado a emergência. Estes aspetos podem modificar a abordagem (ex. situação de trauma) ou ajudar na definição da etiologia da PCR.



Fig. 2 - Avaliar condições de segurança

Por vezes, o desejo de ajudar alguém que nos parece estar em perigo de vida pode levar a ignorar os riscos inerentes à situação. Se não forem garantidas as condições de segurança antes de se abordar uma vítima, poderá, em casos extremos, ocorrer a morte da vítima e do reanimador.

Sendo a segurança a primeira condição na abordagem da vítima, a mesma deve ser garantida antes de iniciar essa abordagem e

ao longo de todo o processo: não deverá expor-se a si nem a terceiros a riscos que possam comprometer a sua integridade física enquanto reanimador.

Antes de se aproximar de alguém que possa eventualmente estar a precisar de ajuda, o reanimador deve minimizar a sua exposição a perigos, estando desperto e protegendo-se de fatores e riscos ambientais (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego), toxicológicos (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos); e infecciosos (ex. tuberculose, hepatite, SARS-COV2).

Acidente de viação

Se parar numa estrada para socorrer alguém num acidente de viação deve:

- Ligar as luzes de perigo (4 piscas) e posicionar a viatura em segurança, entre o possível tráfego e a vítima, com a frente virada numa direção diferente da sua posição e da posição da vítima;
- Vestir o colete e sinalizar o local com triângulo à distância adequada;
- Desligar o motor do carro acidentado para diminuir a probabilidade de incêndio.

Presença de produtos tóxicos

Nas situações em que a criança sofre uma intoxicação podem existir riscos acrescidos para quem socorre. Para garantir o socorro é importante identificar o produto em causa, a sua forma de apresentação (em pó, líquida ou gasosa) e contactar o CODU ou o CIAV (Centro de Informação Antivenenos) para uma informação especializada quanto aos procedimentos a adotar. Em caso de intoxicação por produtos gasosos é fundamental não inalar os vapores libertados. O local onde a vítima se encontra deverá ser arejado ou, na impossibilidade de o conseguir, a vítima deverá ser retirada do local.

Nas situações em que o produto é corrosivo (ácidos ou bases fortes) ou em que possa ser absorvido pela pele, como alguns pesticidas, é mandatório, além de arejar o local, utilizar equipamento de proteção como luvas e máscara para evitar qualquer tipo de contacto com o produto.

Transmissão de doenças

A possibilidade de transmissão de doenças durante as manobras de reanimação, apesar de diminuta, é real. Estão descritos alguns casos de transmissão de infeções durante a realização de insuflação boca-a-boca (nomeadamente casos de tuberculose).

Na presença de sangue e/ou outros fluidos orgânicos, deverá ser utilizada uma máscara de bolso ou insuflador manual para não expor o reanimador ao ar expirado da vítima, devendo existir o cuidado de minimizar as pausas entre compressões ao mínimo indispensável. Nestas circunstâncias, a insuflação boca-a-boca é desaconselhada.

A tipologia de riscos apresentada é extensível a outros momentos de interação com a vítima, nomeadamente durante a realização de manobras de SBV.

Garanta condições de segurança antes de abordar a vítima.

Não se exponha a si nem a terceiros, a riscos que possam comprometer a segurança de todos.

2. Avaliar a reatividade da criança

Para isso aproxime-se da criança colocando-se lateralmente e avalie se esta responde, perguntando em voz alta “Estás bem, senteste bem?”, enquanto a estimula batendo suavemente nos ombros. Os lactentes (até 1 ano) devem ser estimulados mexendo nas mãos e/ou nos pés, ao mesmo tempo que são chamados em voz alta.

Se a criança responder, mexendo-se, falando ou chorando, deve avaliar a situação em causa e potenciais riscos e, se necessário, deixá-la na posição em que está, ou na que ela pretender adotar e ligar 112, reavaliando-a frequentemente.

Se a criança não responder deve prosseguir com a avaliação (se existirem dois reanimadores, o outro liga 112).



Fig. 3 - Avaliar a reatividade

3. Permeabilizar a Via Aérea

A permeabilização da via aérea (VA) e o restabelecimento da ventilação tem como propósito evitar lesões por insuficiente oxigenação dos órgãos nobres, em particular, o cérebro. Na vítima inconsciente ocorre o relaxamento dos músculos da orofaringe (garganta), incluindo a língua, que poderão obstruir a VA, pelo que esta deve ser permeabilizada.

É importante ter em conta que os lactentes para além da língua volumosa, têm a cabeça proporcionalmente maior que o resto do corpo aumentando o risco de uma potencial obstrução da via aérea.

A permeabilização da via aérea é realizada da seguinte forma:

- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando-a cuidadosamente para trás, sem pressionar os tecidos moles abaixo do mento (pode causar obstrução da via aérea);
- No caso do lactente, coloque a cabeça em posição neutra (face paralela ao plano onde está deitado), elevando ligeiramente os ombros/costas do bebé (ex: toalha).



Fig. 4 - Permeabilizar a via aérea

4. Avaliar a ventilação

Avaliar se o bebé ou a criança respira normalmente. Para isso deve “Ver, Ouvir e Sentir” (VOS), durante 10 segundos.

Mantendo a permeabilização da via aérea, deve aproximar a sua face da face da criança olhando para o tórax e:

Ver - se existem movimentos torácicos;

Ouvir - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da vítima;

Sentir - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da vítima.



Fig. 5 - Avaliar a ventilação

Se a criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em posição de recuperação (se existe história de trauma, a lesão da coluna cervical deve ser considerada e, portanto, deve-se evitar a mobilização da mesma), ligue 112, se ainda não o fez, e reavalie periodicamente se mantém ventilação adequada.ⁱ

5. Realizar 5 insuflações iniciais

Se a criança não respira normalmente mantenha a permeabilização da via aérea e realize 5 insuflações iniciais.

Cada insuflação deve ser feita durante 1 segundo, com um volume de ar suficiente para causar uma expansão torácica visível. Após cada insuflação, deve manter a via aérea permeável para permitir a expiração e repetir o procedimento.

Se dificuldade em conseguir as insuflações:

- Considerar obstrução da via aéreaⁱⁱ (remover obstrução só se visível);
- Reposicionar da cabeça;
- Se incapaz de ventilar, continuar com compressões torácicas.

Se existirem alguns movimentos respiratórios considerados como *gaspings*, nomeadamente abertura de boca e respiração lenta sem expansão torácica considerar que a vítima está em PCR.

Se em qualquer momento do algoritmo verificar sinais de vida, como por exemplo: tosse, movimentos ou respiração normal, deverá reavaliar a vítima efetuando VOS.



Fig. 6 - Realizar cinco insuflações

6. Realizar 15 compressões torácicas

Após as 5 insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida, iniciam-se as 15 compressões torácicas.

As compressões torácicas, tanto nos lactentes como nas crianças, devem ser efetuadas sobre a metade inferior do esterno, com uma frequência de 100 a 120 por minuto e uma profundidade de 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax (não ultrapassando os 6 cm nas crianças maiores/adolescentes).

Entre cada compressão é fundamental que haja o retorno total do tórax à sua forma inicial, aliviando totalmente a pressão exercida sobre o tórax, sem, no entanto, retirar as mãos ou os dedos do local das compressões.

ⁱ ver capítulo [POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO](#)

ⁱⁱ ver capítulo [OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA](#)

Técnica do abraço

A técnica do abraço implica dois reanimadores e só deve ser aplicada caso as mãos consigam abraçar o tórax na totalidade. Esta é a técnica de eleição para pequenos lactentes.

Colocar os dois polegares na metade inferior do esterno com os dedos a envolver o tronco e a suportar as costas. O esterno deve ser comprimido numa profundidade equivalente a um terço do diâmetro ântero-posterior do tórax.

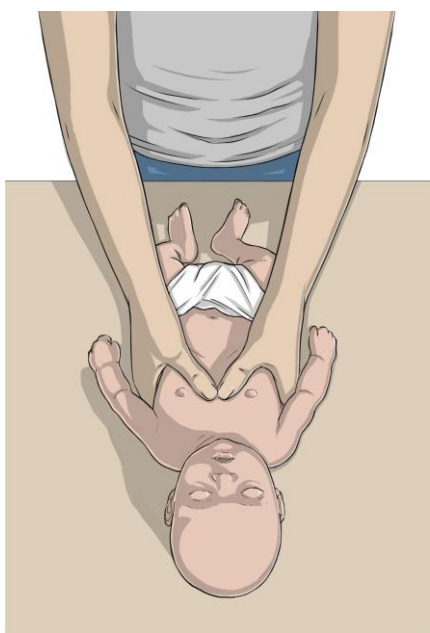


Fig. 7 - Técnica do abraço

Técnica dos 2 dedos

Esta é a técnica recomendada para que um reanimador único efetue compressões em lactentes. Deve colocar a ponta de dois dedos da outra mão sobre a metade inferior do esterno do lactente e comprimir o tórax na vertical. Depois de cada compressão, deve aliviar a pressão de forma a permitir ao tórax retomar a posição inicial.

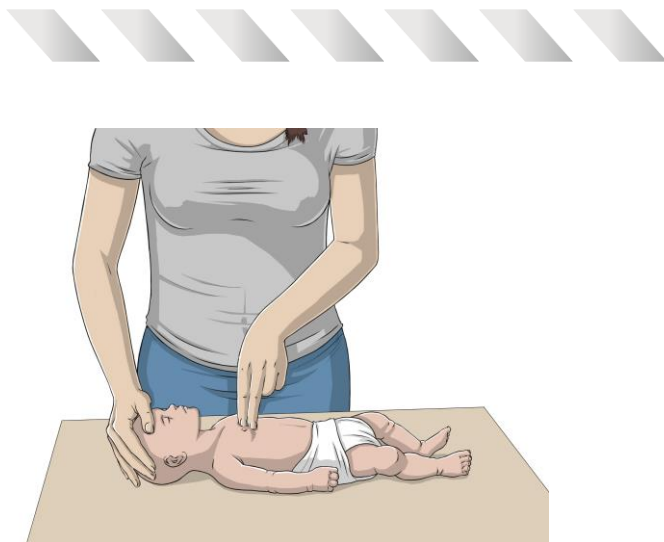


Fig. 8 - Técnica dos 2 dedos

Compressões torácicas nas crianças

Nas crianças maiores, o reanimador deve posicionar-se ao lado da criança colocando a base de uma mão na metade inferior do esterno, mantendo o braço esticado, sem fletir o cotovelo, de forma a manter o ombro perpendicular ao ponto de apoio da mão.

Poderá apoiar o outro braço na cabeça da criança, mantendo o seu posicionamento.



Fig. 9 - Compressões nas crianças

Em virtude do tamanho da criança poderá usar-se a técnica de uma mão ou a técnica a duas mãos. No caso de usar a técnica a uma mão a outra mão pode manter a via aérea permeável, ou então usar a mão para estabilizar o braço que comprime.¹

7. Realizar 2 Insuflações

Técnica boca a boca-nariz (lactentes)

O reanimador deve manter a permeabilidade da via aérea, assegurando que a cabeça está em posição neutra. Após encher o “peito de ar”, adapta a sua boca à volta da boca e do nariz do lactente e insufla, como descrito anteriormenteⁱ.

Nas situações em que não consegue efetuar uma boa adaptação da boca à volta da boca e nariz é igualmente adequado efetuar ventilação boca-a-boca.

Técnica boca a boca

Neste caso, o reanimador deve adaptar a sua boca sobre a boca da criança, garantindo uma boa selagem. Com os dedos da mão que faz a extensão da cabeça deve selar as narinas da criança para evitar a fuga do ar insuflado.

Se tiver dificuldade em conseguir insuflações eficazes, o reanimador deve reavaliar a via aérea verificando a presença de corpos estranhos visíveis, caso existam, deve removê-los.

Para equipas de emergênciaⁱⁱ, deve usar-se dispositivos de ventilação manual, nomeadamente insuflador manual com reservatório e oxigénio.

Caso uma ou ambas as tentativas de insuflação sejam ineficazes, avance de imediato para as compressões torácicas.

Não interrompa as compressões por um período superior a 10 segundos para fazer as duas insuflações.

8. Quando ligar 112?¹

Se um Reanimador:

- Confirma vítima inconsciente;
- Verifica ausência de sinais de vida;
- Faz 5 insuflações;
- Liga 112;
- Iniciar SBV (se possível durante a chamada para o 112, usando a função *alta voz*).

Se não tiver telemóvel disponível:

- Após as 5 insuflações realizar 1 min de SBV;
- Ir pedir ajuda e, se possível, levar a vítima pediátrica procurando minimizar as pausas no SBV.



Fig. 10 - Ligar 112 e iniciar compressões torácicas

Se dois Reanimadores (R1 e R2):

- R1 confirma vítima inconsciente;
- R2 liga 112, mal se confirme vítima inconsciente;
- R1 pesquisa sinais de vida e na sua ausência, inicia SBV com 5 insuflações.

ⁱ Ver subcapítulo [Realizar 5 insuflações iniciais](#)

ⁱⁱ Ver subcapítulo [Ventilação](#)



9. Chamada 112

Quando liga 112, deverá informar o local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica). Posteriormente, após transferência da chamada para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), deverá complementar a informação já transmitida, designadamente no que respeita à localização, com referência à freguesia/localidade e pontos de referência, dizendo o sexo e a idade da vítima, disponibilizando-se para responder a todas as questões solicitadas. Siga os conselhos do técnico do CODU e não desligue a chamada até indicação do mesmo.

10. Manter SBV

Mantenha as manobras de reanimação (15 compressões seguidas de 2 insuflações, ou em alternativa compressões contínuas) até:

- Chegar ajuda diferenciada e ser substituído;
- A vítima retomar sinais de vida (tosse, movimentos e respiração normal);
- Ficar exausto.

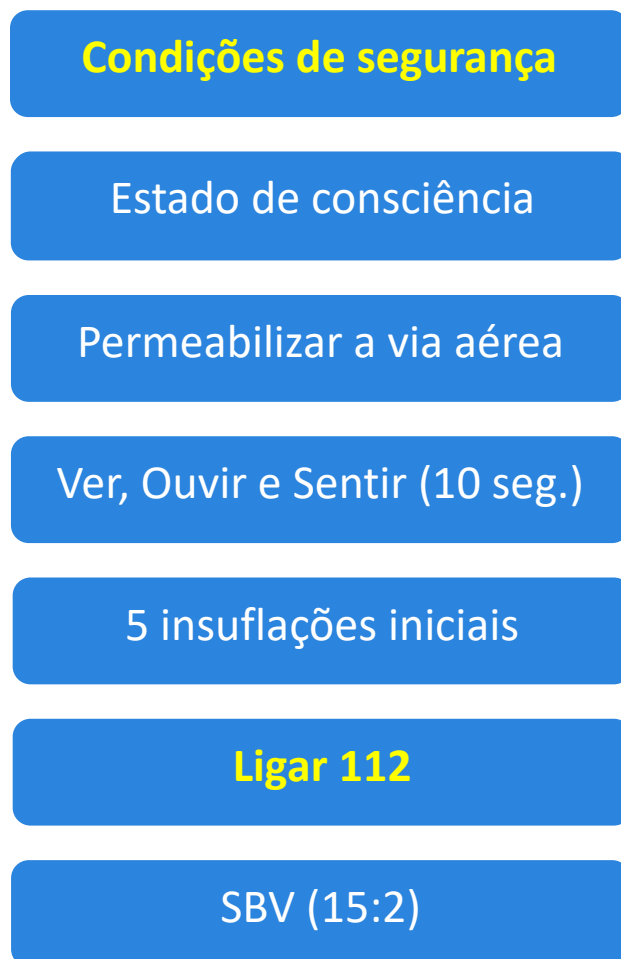
Deve trocar de reanimador a cada 2 minutos de Suporte Básico de Vida, o que corresponde a 10 sequências de 15:2.

Realize 15 compressões deprimindo o esterno 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax, a uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto.

SBV em contexto de trauma

- Utilizar compressas e aplicar pressão direta para controlar hemorragia externa exsanguinante. No caso de se apresentar num membro, deve aplicar um torniquete.
- Na criança inconsciente, permeabilizar VA com subluxação da mandíbula.
- Minimizar movimentos da coluna vertebral.

11. Algoritmo SBV Pediátrico



Existindo um 2º reanimador, o mesmo liga 112 assim que detetada vítima inconsciente, enquanto o 1º prossegue com a avaliação.

Fig. 11 - Algoritmo de SBV

12. Utilização de Desfibrilhador Automático Externo (DAE) em crianças

Existem algumas especificações para o uso deste equipamento, tais como:

Na PCR com elevada probabilidade de ritmo desfibrilhável (colapso súbito presenciado e/ou crianças com antecedentes de doenças cardiovasculares), usar o DAE em simultâneo com chamada 112.

Se um reanimador: recolher o DAE em simultâneo com chamada 112 após as 5 insuflações iniciais;

Se dois reanimadores: após a verificar que a vítima está inconsciente, o segundo reanimador deve ir recolher o DAE em simultâneo com a chamada 112;

Os DAE standard são adequados para crianças a partir dos 8 anos (ou 25 Kg).

Em crianças até aos 8 anos, deve-se utilizar um DAE com sistema atenuador de corrente (aplicam menor energia) e/ou elétrodos de tamanho pediátrico, se disponíveis.

Os elétrodos de tamanho pediátrico devem ser colocados como no adulto, um elétrodo abaixo da clavícula direita e outro abaixo da axila esquerda.

Na ausência de elétrodos de tamanho pediátrico ou se o tórax for demasiado pequeno, deve utilizar-se a posição ântero-posterior, colocando um elétrodo no centro do tórax e o outro entre as omoplatas.¹

Durante a sua utilização, deve-se minimizar as interrupções no SBV. Faça compressões enquanto o DAE carrega a energia e retome imediatamente o SBV após administração de um choque ou uma análise, sem ser necessário aguardar as indicações do DAE.

A utilização do DAE deverá respeitar os mesmos princípios do adulto relativamente à segurança do tórax, análise de ritmo e administração do choque.



Fig. 12 - Símbolo que assinala a presença de um DAE

O uso de um DAE pressupõe o cumprimento das regras do Programa Nacional de DAE do INEM.

Sequência e descrição sumária do algoritmo de SBV Pediátrico

ASSEGURE CONDIÇÕES DE SEGURANÇA



Mitigue riscos:

- Ambientais (ex. choque elétrico, derrocada, explosão, tráfego);
 - Toxicológicos (ex. exposição a gás, fumo, tóxico);
 - Infeciosos (ex. tuberculose, hepatite, Sars-Cov2).
- Use equipamento de proteção, se aplicável.

AVALIE O ESTADO DE CONSCIÊNCIA



- Estimule o lactente mexendo nos pés/mãos e chamando por ele;
- Perante uma criança, abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: “Está-me a ouvir?”

PERMEABILIZE A VIA AÉREA



- Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);
- Faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás;
- No lactente, coloque a cabeça em posição neutra, fazendo uma ligeira elevação dos ombros.

AVALIE A VENTILAÇÃO



Ver, Ouvir e Sentir até 10 segundos:

- Ver os movimentos torácicos;
- Ouvir os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- Sentir o ar expirado na face do reanimador.

SE NÃO RESPIRA, FAÇA 5 INSUFLAÇÕES



- Realize 5 insuflações, garantindo uma expansão eficaz do tórax;
- Cada insuflação deverá demorar cerca 1 segundo.

LIGUE 112 E FAÇA COMPRESSÕES



Informe:

- “*Estou com uma criança que não respira*”;
- Forneça a sua localização (com pontos de referência);
- Responda a todas as perguntas que forem colocadas;
- Desligue apenas quando indicado.

REALIZE 15 COMPRESSÕES TORÁCICAS



Faça **15 compressões**, com:

- As mãos no centro do tórax;
- Uma frequência de 100 a 120/min;
- Uma depressão do esterno 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax;
- Tempos de compressão e descompressão iguais.

FAÇA 2 INSUFLAÇÕES



Realize **2 insuflações**, garantindo:

- Uma expansão eficaz do tórax;
- Que não demora mais de 10 seg.

Fig. 13 - Algoritmo de SBV Pediátrico



V.POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

Uma criança inconsciente a respirar normalmente, deve ser colocada na posição lateral de segurança de modo a prevenir a obstrução da via aérea causada pelo relaxamento dos músculos da orofaringe (garganta) e assim, reduzir o risco de aspiração de vômito ou secreções.

Se há suspeita de trauma, a vítima só deve ser mobilizada se for impossível manter a permeabilidade da via aérea de outro modo. Deve ser respeitado simultaneamente o alinhamento da coluna cervical.

Se suspeita de trauma

A mobilização da vítima que respira só deve acontecer se for imprescindível e nas seguintes situações:

- Não for possível manter VA permeável;
- Se o local não for seguro.

A posição de recuperação usada nas crianças obedece aos mesmos princípios da PLS (posição lateral de segurança) do adulto e pode ser usada a mesma técnica.

Nos lactentes sugere-se a colocação em decúbito lateral, usando uma almofada ou um lençol dobrado, colocado por trás, a nível das costas, para manter a posição estável.

Posição de Recuperação:

A Posição de Recuperação deve respeitar os seguintes princípios:

- Ser uma posição o mais “lateral” possível para que a cabeça fique numa posição em que a drenagem da cavidade oral se faça livremente;

- Ser uma posição estável;
- Não causar pressão no tórax que impeça a respiração normal;
- Possibilitar a observação e acesso fácil à via aérea;
- Ser possível voltar a colocar a vítima em decúbito dorsal de forma fácil e rápida;
- Não causar nenhuma lesão à vítima (por isso não está indicada se existe suspeita de traumatismo da coluna cervical);
- Alterar regularmente de lado da posição de recuperação para evitar pontos de pressão (isto é, a cada 30 minutos).

1.Técnica de colocação de uma criança em Posição de Recuperação

O reanimador deve ajoelhar-se ao lado da criança e alinhar os membros inferiores e superiores (estender-lhe as duas pernas e os dois braços);

Se tiver óculos, devem ser removidos, assim como objetos volumosos (telemóvel, canetas etc.) que estejam nos bolsos. A roupa em volta do pescoço também deve ser folgada;

O braço da criança, mais próximo do reanimador, é estendido no chão, perpendicularmente ao corpo;

O outro braço da criança é dobrado sobre o tórax e a face dorsal da mão encostada à face da vítima, do lado do reanimador;

Com a outra mão, o reanimador dobra o joelho da perna mais afastada de si;

Puxando cuidadosamente o joelho dobrado, o reanimador rola a criança na sua direção e ajusta a perna que fica por cima de modo a formar um ângulo reto a nível da coxa e do joelho;

Se necessário, é ajustada a mão sob a face da vítima para que a cabeça fique em extensão, de modo a garantir a permeabilidade da via aérea.

Reavaliar a respiração da vítima em posição de recuperação a cada minuto, de forma a identificar precocemente uma eventual paragem respiratória ou PCR¹

No caso de a vítima deixar de respirar normalmente após reposicionamento da cabeça, deve colocá-la em decúbito dorsal e realizar VOS, prosseguindo com o algoritmo como descrito anteriormente.



Fig. 14 - Criança em posição de recuperação, adaptado da AustraliaWide FirstAid.



VI. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA IDADE PEDIÁTRICA (OVA)

A obstrução da via aérea (OVA) nas crianças é uma situação frequente.

Deve suspeitar-se de obstrução da via aérea por corpo estranho se existirem sintomas como: tosse, estridor e engasgamento de forma súbita e sem existirem outros sinais de doença.

A maioria das situações de OVA nas crianças ocorre durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões. São situações frequentemente presenciadas pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato, ainda com a vítima consciente.

Na criança, a obstrução da via aérea por corpo estranho manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito com tosse e estridor.

Quando um corpo estranho entra na via aérea, a criança começa imediatamente a tossir, na tentativa de o expelir. A tosse espontânea é provável que seja mais eficaz e mais segura do que qualquer manobra que um reanimador execute. No entanto, se a tosse é ausente ou ineficaz e o objeto obstruir completamente a via aérea, a criança vai ficar asfixiada necessitando de intervenções ativas para a resolver.

1. Classificação da OVA quanto à gravidade

Ligeira

- Vítima reativa, capaz de falar, tossir e respirar;
- Eventual ruído respiratório na inspiração;
- Mantém reflexo da tosse eficaz.

Grave

- Vítima incapaz de falar;
- Tosse fraca/ineficaz ou ausente;
- Respiração em “esforço” com ruído agudo à inspiração ou ausência total de ruído;
- Incapacidade de movimentar o ar;
- Cianose (coloração azulada da pele, especialmente da face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue);
- Vítima com as mãos no pescoço (sinal universal de asfixia).

A obstrução da via aérea por corpo estranho apresenta-se como uma causa de PCR accidental potencialmente reversível.

O reconhecimento precoce da obstrução da via aérea é fundamental para o sucesso da evolução da situação de emergência.



2. Abordagem da criança com suspeita de OVA

Se a criança tosse eficazmente, não são necessárias outras manobras.

Se a tosse é, ou se está a tornar ineficaz e estiver alguém por perto deve ligar 112 e vigiar o estado de consciência.

No caso de tosse ineficaz e estiver apenas uma pessoa, esta deve primeiro tentar as manobras de desobstrução da via aérea, a menos que consiga ligar 112 com o telemóvel em alta voz.

O objetivo de qualquer das manobras recomendadas é provocar um aumento súbito da pressão intratorácica, que funcione como uma “tosse artificial” e desobstrua a via aérea.

3. Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, consciente

Se a criança está consciente, mas não tosse ou esta é ineficaz, o reanimador deve aplicar pancadas interescapulares (pancadas nas costas).

Se as pancadas não resolvem a obstrução, devem fazer-se compressões torácicas no lactente ou abdominais no caso da criança.

Lactente:

- Pancadas interescapulares e compressões torácicas

Segure o lactente em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa (neste último caso deverá estar sentado). Para apoiar a cabeça deve colocar o polegar num dos ângulos da mandíbula, e um ou dois dedos no

mesmo ponto no outro lado da mandíbula. Deve ter-se cuidado para não pressionar os tecidos moles debaixo da mandíbula para não aumentar a obstrução da via aérea.



Fig. 16 - Pancadas interescapulares - Lactente

Aplique até 5 pancadas, secas, nas costas, entre as duas omoplatas, com a base da mão, usando uma força adequada ao tamanho da criança. Realize apenas a(s) necessária (s) até assegurar uma eficaz passagem do ar.



Fig. 15 - Posicionamento da mão de suporte, durante as pancadas interescapulares.

Todavia, caso não tenha conseguido deslocar o objeto e remover o corpo estranho, e o lactente continue consciente, passe à aplicação de compressões torácicas.

Segure a cabeça do lactente na região occipital com a mão que estava livre e rode-o em bloco, para que este fique em decúbito dorsal sobre o antebraço. Mantenha a cabeça a um nível inferior ao do resto do corpo.



Fig. 17 - Compressões Torácicas - Lactente

Faça até 5 compressões torácicas, tal como explicado na técnica de compressões torácicas com 2 dedos, porém e no caso de OVA estas devem ser com maior intensidade e a um ritmo mais lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto.

Criança:

- Pancadas interescapulares e compressões abdominais

As pancadas interescapulares são mais eficazes se a criança estiver com a cabeça para baixo. Se a criança for pequena, deve ser colocada ao colo do reanimador, como no lactente. Se isso não for possível, deve apoiar-se a criança numa posição inclinada para a frente, e aplicar até 5 pancadas interescapulares.

Se a obstrução se mantém após as pancadas interescapulares, deve passar às compressões abdominais (manobra de *Heimlich*), até 5 tentativas.



Fig. 18 - Pancadas interescapulares - Criança

O reanimador coloca-se de pé ou ajoelhado atrás da criança e passa os seus braços por baixo dos braços da criança, envolvendo o tronco pela frente. Fecha um punho e coloca-o entre o umbigo e o apêndice xifóide.



Fig. 19 - Compressões abdominais (Manobra de Heimlich) - Criança

Apertando esse punho com a outra mão, o reanimador puxa contra o abdómen de forma seca para trás e para cima, aplicando até 5 compressões abdominais. Deve ter cuidado para não aplicar pressão sobre o esterno e a grelha costal para evitar uma lesão torácica.

Mais uma vez se reforça que o objetivo não é fazer o total das 5 compressões, mas antes que alguma delas consiga remover o corpo estranho.

Reavaliação:

Após as 5 compressões torácicas ou abdominais verifique se houve saída do corpo estranho ou inspecione a cavidade oral, removendo algum objeto apenas se for visível.

Repita sequências de 5 pancadas interescapulares e 5 compressões torácicas ou abdominais até a obstrução ser resolvida.

Nesta fase, enquanto estiver consciente, a sequência deve ser mantida sem que se abandone a vítima.

Se a obstrução for resolvida, com a expulsão do corpo estranho, deve vigiar o estado da vítima.

É possível que parte do corpo estranho que causou a obstrução ainda permaneça no trato respiratório e as compressões abdominais poderão eventualmente causar lesões internas, pelo que ambos os casos a criança deve ser avaliada por um médico num serviço de urgência.

Sequência da atuação na OVA

Lactente – pancadas interescapulares e compressões torácicas.

Criança – pancadas interescapulares e compressões abdominais.

4. Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, inconsciente

Se uma criança/lactente com obstrução da via aérea está, ou fica inconsciente, o reanimador deve colocá-la sobre uma superfície rígida e iniciar o algoritmo SBV com 5 insuflações, ligar 112 com função de alta voz e depois alternar as 15 compressões com as 2 insuflações.

Pesquisar a via aérea

Comece por verificar a existência de algum corpo estranho na boca e se for visível remova-o. Não tente efetuar a manobra digital para retirar o corpo estranho se este não estiver visível. Isso pode causar lesões ou impactar o objeto mais profundamente na faringe.

Insuflações

Tente efetuar 5 insuflações com ar exalado, verificando a eficácia de cada uma: se a insuflação não promove a expansão torácica, reposicione a cabeça antes de nova tentativa.

Compressões/Insuflações

Se as 5 insuflações não foram eficazes (ausência de sinais de vida) prosseguir com as 15 compressões torácicas e 2 insuflações.

Se a criança se mantiver sem sinais de vida após 2 minutos de SBV, considere a possibilidade da remoção digital do corpo estranho.

No lactente ou na criança, sempre que a obstrução for resolvida e esta estiver inconsciente, deve ser permeabilizada a via aérea, como anteriormente referido, e reavaliada a respiração (VOS). Se continuar sem respirar normalmente fazer novamente 5 insuflações e reiniciar o algoritmo de SBV.

Se a criança recuperar consciência e a sua respiração se tornar eficaz, deverá ser colocada na posição de recuperação, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada da ajuda diferenciada.



ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA

Avaliar gravidade

TOSSE EFICAZ

Encorajar a tossir

Até resolver ou tosse ineficaz

TOSSE INEFICAZ

Vítima consciente

5 pancadas nas costas

5 compressões abdominais

Obstrução resolvida

Vigilância

Vítima inconsciente

Pesquisar via aérea

5 insuflações

Ligar 112

SBV 15:2

Nos **lactentes** substitua as compressões abdominais por compressões torácicas.

Fig. 20 - Algoritmo de Obstrução da Via Aérea



VII. EQUIPAMENTO DE EQUIPAS DE EMERGÊNCIA

1. Via Aérea (VA)

Existem algumas técnicas com adjuvantes que devem ser do conhecimento das Equipas de Emergência que prestam socorro, nomeadamente:

- Os tubos orofaríngeos evitam a queda da língua, numa criança inconsciente;
- A posição da cabeça e do pescoço deve ser mantida com o objetivo de conseguir o alinhamento da via aérea;
- É fundamental o conhecimento das várias técnicas e adjuvantes para uma correta utilização na prática: via orofaríngea e aspiração.

Tubo Orofaríngeo

O tubo orofaríngeo, também conhecido por *Guedel*, é um tubo de plástico curvo, rígido e achatado que se ajusta bem entre a língua e o palato duro.

A escolha do tamanho do tubo deve ser feita por medição prévia à sua colocação.

- O tubo ideal tem o comprimento correspondente à distância entre a altura dos incisivos e o ângulo da mandíbula;
- Se o tubo orofaríngeo for pequeno, a parte distal do tubo não consegue ultrapassar a base da língua e não produz o efeito de desobstrução;
- Se o tubo for demasiado grande, pode empurrar a língua para trás (a epiglote contra o orifício glótico) e obstruir a passagem de ar para a traqueia, bem como, estimular o vômito.

O tubo orofaríngeo só deve ser utilizado em vítimas inconscientes e não reativas, caso contrário, a introdução deste tubo pode induzir o vômito ou provocar um espasmo laríngeo.

Colocação do tubo orofaríngeo

- Medir e selecionar o tubo indicado;
- Abrir a boca e verificar se não existem corpos estranhos que possam ser empurrados para a faringe durante a introdução do tubo. Se forem visíveis, retirá-los previamente à inserção do tubo;



Fig. 21 - Tubo Orofaríngeo Pediátrico

- A partir de um ano de idade, introduzir o tubo na cavidade oral em posição invertida (com a parte côncava virada para o palato), até passar o palato duro e então rodá-lo 180°, de forma que a parte côncava fique virada para a língua, e continuar a empurrar suavemente em direção à faringe;
- Nos lactentes, pode ser inserido diretamente com a concavidade para baixo, usando uma espátula para baixar a língua, controlando-se a introdução com visualização da orofaringe;

- É introduzido na posição em que irá ficar na orofaringe devido à maior fragilidade do palato nos lactentes, havendo o risco de provocar lesões se introduzido na posição invertida;
- Se a qualquer momento sentir que a vítima reage à introdução do tubo (ex. tosse) deve retirá-lo de imediato;
- Após a colocação do tubo orofaríngeo deve ser confirmada de novo a permeabilidade da via aérea, efetuando o VOS (exceto em PCR).

Aspiração de Secreções

Nas situações de obstrução parcial da via aérea por um fluido – vômito, sangue ou secreções, é necessário proceder à aspiração da cavidade bucal e da orofaringe, utilizando para tal um aspirador de secreções e sonda adequada, de forma a manter a permeabilidade da via aérea:

- A aspiração de secreções deve ser feita de forma cuidada para não causar traumatismos da mucosa da cavidade oral ou da faringe;
- A pressão não deve ultrapassar os 120 mmHg ou 0,16 bar;



Fig. 23 - Aspirador de secreções

- A sonda flexível deve ser introduzida sem estar em aspiração e ser retirada em aspiração ativa efetuando movimentos circulares suaves.

2. Ventilação

Insuflador Manual

Um insuflador manual é formado por um balão autoinsuflável de vinil ou silicone, com uma válvula unidirecional, um filtro e uma máscara facial que envolve o nariz e a boca da vítima. É utilizado para efetuar ventilações artificiais a uma vítima em PCR e deverá estar conectado a uma fonte de oxigénio a 15 L/min. A utilização de um reservatório aumenta a concentração de O₂. As equipas de emergência devem usar este equipamento associado a um adjuvante da VA.

Para aplicar insuflações eficazes, o reanimador deve ser capaz de realizar a manobra de extensão da cabeça e, então, pressionar a máscara contra a face da vítima, enquanto eleva o queixo. Quando possível, use a técnica com dois reanimadores para abrir a VA, permitir uma selagem hermética que impeça a saída do ar entre a face e a máscara e aplicar insuflações eficazes, observando a elevação do tórax.



Fig. 22 - Insuflador Manual

É importante referir que a quantidade de ar administrada deve ser apenas a suficiente para realizar expansão torácica.

Insuflador manual com um reanimador:

- O reanimador posiciona-se à cabeça da vítima;
- Ajusta a máscara às vias aéreas da vítima com o polegar e o indicador (em forma de “C”) e garante a extensão da cabeça segurando a mandíbula com os restantes dedos (em forma de “E”), evitando os tecidos moles do pescoço;
- Com a outra mão realiza as duas insuflações (um segundo cada), enquanto observa a elevação do tórax.



Fig. 24 - Técnica “C” + “E” para selagem da máscara

Insuflador manual com dois reanimadores:

- Dois reanimadores podem realizar insuflações mais eficazes do que um reanimador;
- Um dos reanimadores fica posicionado atrás da cabeça, segura a máscara contra a face da vítima usando a técnica do “C” e um “E” para segurar a máscara em posição, enquanto eleva o queixo para manter a VA permeável;
- O outro reanimador pressiona o insuflador manual, com uma mão apenas, para realizar as insuflações (1 segundo cada);
- Ambos os reanimadores devem observar a elevação do tórax.

Oxigénio

- Oxigénio (O₂) suplementar pode ser administrado durante as manobras de SBV, quando se administram insuflações;
- Pode ser administrado através de máscara de bolso ou através de insuflador manual;
- Deve ser administrado O₂ o mais precocemente possível;
- O débito a administrar com insuflador manual deverá ser de 15 L/min (para tal, utilize o insuflador manual com saco reservatório acoplado à fonte de oxigénio);
- Muitas máscaras de bolso possuem conexões específicas para se administrar oxigénio.



Fig. 25 - Máscara de Bolso

VIII. PONTOS A RETER

- Em caso de emergência, ligue 112 e colabore nas questões que lhe são colocadas;
- O bom funcionamento da cadeia de sobrevivência permite salvar vidas em risco;
- Todos os elos da cadeia de sobrevivência pediátrica são igualmente importantes;
- É fundamental saber como e quando pedir ajuda e iniciar precocemente o SBV;
- É fundamental garantir que o SBV é executado de forma ininterrupta e com qualidade;
- A colocação em posição de recuperação permite manter a permeabilidade da via aérea;
- A obstrução da via aérea é uma situação emergente que pode levar à morte da vítima pediátrica em poucos minutos;
- Reconhecer a situação e iniciar de imediato medidas adequadas pode evitar a paragem cardiorrespiratória e salvar uma vida.



IX. SIGLAS

CO112	Centro Operacional 112
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
DAE	Desfibrilhador Automático Externo
ERC	<i>European Resuscitation Council</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OVA	Obstrução da Via Aérea
PCR	Paragem Cardio Respiratória
PLS	Posição Lateral de Segurança
PND AE	Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa
RN	Recém-nascido
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
VA	Via Aérea
VOS	Ver, Ouvir e Sentir

X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van de Voorde P, Turner NM, Djakow J, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2021;161:327-387. doi:10.1016/j.resuscitation.2021.02.015
2. Fernandes A, Oliveira Í, Pereira M. Separata Científica Life Saving - Paragem Cardiorrespiratória Pediátrica – Nem sempre falência respiratória. Published online 2021.
3. Perkins GD, Olasveengen TM, Maconochie I, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: 2017 update. *Resuscitation*. 2018;123:43-50. doi:10.1016/J.RESUSCITATION.2017.12.007
4. INEM, DFEM. Manual Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa. Published online 2021.



Apêndice 1 - Número Europeu de Emergência - 112

1. O Número Europeu de Emergência

Criado em 1991, o número de emergência nos países da união europeia é o 112. Não precisa de indicativo, é gratuito e pode ser marcado a partir de dispositivos das redes fixa (incluindo telefones públicos) ou móvel, tendo prioridade sobre as outras chamadas. Deve ligar 112 quando presenciar, por exemplo, uma das seguintes situações: doença súbita, parto iminente, acidente de viação com feridos, incêndio, roubo, destruição de propriedade, agressão, etc.

Em Portugal, as chamadas realizadas para o Número Europeu de Emergência - 112 são atendidas em quatro centros operacionais (dois no continente e dois nas Regiões Autónomas). Este modelo concentrou o atendimento, sendo único para todo o território nacional. Existem dois centros operacionais no continente (112 COSUL e 112 CONOR), um centro operacional na Região Autónoma da Madeira (112 COMDR) e um centro operacional na Região Autónoma dos Açores (112 COAZR), estando estes últimos interligados com o território continental, garantindo assim capacidades alternativas e de redundância entre todos os centros operacionais.

2. Os Centros Operacionais 112 (CO112)

- Os CO112 são distribuídos pelo território nacional de modo a efetuar a sua cobertura total.
- Os CO112, sem prejuízo da sua redundância quando necessário, compreendem:
 - a) O Centro Operacional Norte (112CONOR), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Aveiro, Braga, Bragança, Coimbra, Guarda, Porto, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu;
 - b) O Centro Operacional Sul (112COSUL), com responsabilidade de atendimento das chamadas dos distritos de Beja, Castelo Branco, Évora, Faro, Leiria, Lisboa, Portalegre, Santarém e Setúbal;
 - c) O Centro Operacional Açores (112COAZR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma dos Açores;
 - d) O Centro Operacional Madeira (112COMDR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma da Madeira.

Aos Centros Operacionais 112 compete:

- O atendimento ao público, identificação e caracterização das ocorrências;
- O apoio especializado para situações especiais, ao nível de segurança pública, proteção civil ou emergência médica;
- O encaminhamento das ocorrências para as entidades competentes visando o despacho dos meios de socorro.

A gestão operacional do serviço 112 compete à Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública (PSP).

No território do continente, em situação de emergência médica, a chamada será transferida para o Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM).



Fig. 26 - Chamada 112

3. Ao ligar 112/CODU:

- Procure manter-se calmo, de modo a facultar a informação relevante;
- Quando possível, deverá ser a vítima a fazer a chamada – ninguém melhor do que a própria para fornecer informação relevante;
- Aguarde que a chamada seja atendida porque cada nova tentativa implica que a chamada fica no final da fila de espera;
- Identifique-se pelo nome;
- Faculte um contacto telefónico que permaneça contactável;
- Indique a localização exata onde se encontra a(s) vítima(s) - sempre que possível Freguesia, Código Postal, pontos de referência – **Onde?**
- Diga o que aconteceu e quando – **O quê?**
- Quem está envolvido (número, género, idade das vítimas) – **Quem?**
- Diga quais as queixas principais, o que observa, situações que exijam outros meios – **Como?**
- Responda às questões que lhe são colocadas;
- Siga os conselhos do técnico;
- Não desligue até indicação do técnico;
- Se a situação se alterar antes da chegada dos meios de socorro, ligue novamente 112.

A emergência médica começa em si.



SEDE
Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa
Tel.: 213 508 100

www.inem.pt | inem@inem.pt



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE