

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DA CRIANÇA VÍTIMA DE TRAUMA

Cleiton Barbosa Damasceno¹
Benedito de Souza Gonçalves Junior²

RESUMO

Trata de uma pesquisa de referência bibliográfica. Teve como intuito, fazer uma análise de como deve ser feito o atendimento da criança vítima de trauma. Constatou-se a partir de um estudo onde o enfermeiro que presta um serviço de atendimento pré-hospitalar na maioria das vezes que é acionado para um atendimento, nunca imagina chegar até o local e deparar com uma criança como vítima. Seu emocional a partir dali já se abala, visando a capacidade do profissional. O enfermeiro como gestor da promoção de cuidado em saúde, atua diretamente com os pacientes que necessita de atendimento pré-hospitalar, buscando amenizar seu quadro no intuito de promover a sua melhora. Tratando de atendimento a criança vítima de trauma seu processo de abstinência, coloca o profissional de enfermagem a frente da situação pelo seu conhecimento, capacidade, treinamento e técnica, garantindo a integridade e a equidade da criança que necessita de um atendimento priorizado e humanizado, pois se trata de um paciente frágil e vulnerável. O profissional de enfermagem terá que está apto a todo e qualquer atendimento sendo capaz de levar conforto e tranquilidade a criança vítima de trauma. Tem que liderar sua equipe seguindo os padrões da hierarquicidade. O enfermeiro que atua no atendimento pré-hospitalar tem que estar treinado para orientar e para aplicar de todas as formas e condições cabíveis ao melhor atendimento para a promoção da melhora do quadro da criança vítima de trauma. Este trabalho irá contribuir para todos os profissionais de enfermagem ter um conhecimento de como a situação do atendimento pré-hospitalar que envolve a criança como vítima de trauma, é um trabalho cauteloso e mais humanizado, onde envolve a fragilidade de uma criança.

Palavras-chave: Trauma. Atendimento pré-hospitalar. Enfermagem.

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem

² Docente do curso de Enfermagem

ABSTRACT

It is a bibliographical reference research. It was intended to make an analysis of how care should be given to the child victim of trauma. It was found from a study where the nurse who provides a pre-hospital care service most of the time that is triggered for a care, never imagines arriving to the place and encountering a child as a victim. Its emotional from there already is shaken, aiming the capacity of the professional. The nurse as a manager of the health care promotion, acts directly with the patients who need prehospital care, seeking to soften their picture in order to promote their improvement. By treating the traumatized child with his abstinence process, he places the nursing professional ahead of the situation for his knowledge, capacity, training and technique, guaranteeing the integrity and fairness of the child who needs a prioritized and humanized care, since it is a fragile and vulnerable patient. the nursing professional will have to be able to any and all care being able to bring comfort and tranquility to the child victim of trauma. you have to lead your team by following the standards of hierarchy. The nurse who works in the prehospital care must be trained to guide and apply all the appropriate forms and conditions to the best care for the promotion of the improvement of the child victim of trauma. This work will contribute to all nursing professionals to have a knowledge of how the prehospital care situation involving the child as a trauma victim is a cautious and more humanized work, where it involves the frailty of a child.

Keywords: *trauma. prehospital care. Nursing*

INTRODUÇÃO

No Brasil, atendimento pré-hospitalar (APH) surgiu em 1893 na cidade do Rio de Janeiro pela intervenção do estado e do setor de Saúde e segurança pública. A enfermagem marcou sua participação ao longo da história pela prestação de socorro, com atendimento iniciais e prestação de socorro a doentes feridos de guerra (ROMANZINI e BOCK, 2010).

O Conselho Federal de Medicina qualificou o atendimento pré-hospitalar em 1998 como um serviço de especialidade médica, tanto na coordenação e na supervisão de acordo com a (resolução CFM n.1529/98). Foi aprovada pelo Ministério da Saúde no ano seguinte pela portaria n.824 a normatização do atendimento pré-hospitalar e revogada posteriormente pela (portaria n.814/2001). Foi criada a política nacional de

Redução de morbimortalidade pelo Ministério da Saúde no mesmo ano, com o intuito de reduzir a mortalidade no Brasil. Foi aprovada pela (portaria n.2048/GM) a regulamentação técnica dos sistemas estaduais de urgência e emergência no ano de 2002 pelo ministro da saúde que foi um avanço na época. O modelo nacional de atendimento pré-hospitalar apresentava carência por isso buscou treinamento baseado no modelo anglo-americano, mas a portaria n.2048/GM optava pelo modelo Franco-alemão (SOBRAT, 2017).

A portaria 1863/GM em 2003 instituiu em todas as unidades federadas a política nacional de atenção às urgências. O Brasil possui uma legislação ampla, porem incompleta, realizada esta evolução após duas décadas na área de urgência e emergência. Poucos se adaptaram as normas e serviços da portaria n. 2048/GM, pois não havia padronização do serviço pré-hospitalar em atendimento no país. As identificações, competência e atividades variadas dificultava a implantação de um novo método nacional (GOIÁS, 2016).

Para evitar acidentes de trânsito, grave lesões até a morte de crianças envolvidas no trânsito, o Hospital de Urgência de Teresina (HUT) divulgou que foram atendidas 478 crianças vítima de acidentes com idade entre 0 e 12 anos (SOBRAT, 2017).

O HUT registrou no ano de 2017 vários acidentes envolvendo crianças, com total de 226 acidentes com moto, 121 com bicicletas, 86 atropelamentos, 43 carros, 1 ônibus e 1 de outro veículo. A falta de cuidado e atenção dos pais tornam as crianças mais vulneráveis a acidentes diz o diretor geral do HUT dr. Gilberto Albuquerque. Registraram até 30 de novembro, 1046 atendimentos a crianças menores de 17 anos que envolveram em acidentes de moto e carros dos pais e que tinham ingerido bebida alcoólicas (SOBRAT, 2017).

A portaria 737/GM criada em 16 de maio de 2001 pela política nacional com intuito de redução da mortalidade por acidentes e violência, tem como objetivo prevenção de acidentes e violências e garante tratamento para as vítimas (SILVA, 2017).

Em março de 2010 foi publicada pela ONU a resolução que declara de 2011 a 2020 a década das ações para segurança no trânsito, com o objetivo de reduzir 50% dos acidentes em todo o mundo. De janeiro a dezembro de 2014 foi realizado uma análise de coletas de dados de pacientes vítima de traumas com análise de prevalência e perfil epidemiológicos feita por Silva, 2017:

- a) 20% dos acidentes por veículo que causam lesões traumáticas eram mulheres; 80% homens.

- b) A faixa etária mais prevalente é de 20 a 29 anos, representando 34,6%;
- c) Os adolescentes: 13 a 19 anos e Adultos 30 a 39 anos, mesmo números de casos, representando 15,4% dos acidentes de trânsito;
- d) Adultos de 40 a 49 anos representa 13% das vítimas de acidentes de transportes;
- e) Idosos: com 60 anos ou mais representa 11,5%;
- f) Crianças: até 12 anos: 5,4%.
- g) Grupo etário de 50 a 59 anos: 4,6%.

Devido as atividades motoras crescente das crianças, elas podem vir a se magoar com mais frequência e muitos acidentes podem não aparentar grande gravidade não significando que ocorreu naquele momento uma fratura de crânio, mas sim uma lesão da pele do couro cabeludo. Esse tipo de trauma nunca pode ser desconsiderado, voltando à atenção para os sinais e sintomas de TCE (iguais os apresentados nos adultos). A recuperação do trauma da criança com TCE depende de vários fatores como: hipotensão, hipóxia, hipovolemia e convulsões. Raramente o TCE leva à morte por si só. Os TCE em crianças menores de 3 anos, constitui um sinal de gravidade e poderá ser encaminhada rapidamente a uma unidade hospitalar com quadro para neurocirurgia (INEM, 2017)

As causas mais frequentes de traumatismo torácico e abdominal em crianças são os traumatismos fechados. Podendo ocorrer em vítimas pediátricas lesões torácicas (contusão pulmonar) sem apresentar qualquer sinal externo. Sabendo que as costelas de uma criança são mais flexíveis que a de um adulto, é absoldido menos energia nos impactos, mas os órgãos internos (órgãos intratorácicos) sofrem mais numa presença ou suspeita de fratura de costela. Os traumatismos abdominais isolados são raros. Alguns procedimentos são adotados para atuação no trauma torácico e abdominal:

- a) Procedimentos idênticos aos apresentados para os adultos;
- b) Considerar existência de choque hipovolêmico em todas as crianças com este tipo de traumatismo;
- c) As feridas abertas devem ser apenas cobertas com compressas esterilizadas (INEM, 2017).

Em se tratando de avaliação neurológica quando da suspeita de traumatismo crânio-encefálico, é conveniente que o socorrista adote a escala de Glasgow adaptada ao trauma pediátrico, conforme observado no Quadro 01:

QUADRO 1 - Adaptação da escala de Glasgow para pediatria

Abertura ocular			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Não abre	Não abre	
2	A dor	A dor	
3	Aos estímulos verbais	Ao grito	
4	Espontânea	Espontânea	
Melhor resposta motora			
	> 1 ano	< 1 ano	
1	Sem resposta	Sem resposta	
2	Extensão	Extensão	
3	Flexão anormal	Flexão anormal	
4	Retirada em flexão	Retirada em flexão	
5	Localiza a dor	Localiza a dor	
6	Obedece	-	
Melhor resposta verbal			
	> 5 anos	> 2 – 5 anos	0 – 2 anos
1	Sem resposta	Sem resposta	Sem resposta
2	Sons incompreensíveis	Grunhidos	Grunhidos
3	Palavras desconexas	Choros e gritos	Choro inapropriado
4	Desorientado	Palavras inapropriadas	Choro
5	Conversa com orientação	Frases e palavras inapropriadas	Sorri, balbucia, chora apropriadamente

Fonte: GOIAS, 2016, p. 147

METODOLOGIA DO ESTUDO

Trata de uma pesquisa de revisão bibliográfica do tipo explicativa que tem como finalidade, a realidade no intuito de explicar a razão e o porquê da natureza de meu trabalho, do conceito e dos níveis de pesquisas (Gil, 2010).

Foram utilizados artigos na base de dados google acadêmico, artigos científicos e livros, entre o ano de 2004 e 2018.

Foram utilizadas como palavras-chaves: criança e assistência de enfermagem; APH; Profissionais de enfermagem no APH; Formação em APH; Capacitação da enfermagem; Atendimento pré-hospitalar; Cuidado do enfermeiro e

REME, além de livros disponíveis no acervo da biblioteca da Uniatenas, que trata do tema proposto.

Após a leitura do material, foram selecionados aqueles que mais se adequaram ao tema proposto.

FORMAÇÃO E HABILIDADES BÁSICAS PARA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

O Ministério da Saúde em 2002, editou a portaria nº 2.048/GM, no intuito de reduzir o número de internações, sequelas e óbitos nos hospitais devido a precariedade no atendimento e anexado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência de acordo com as diretrizes do Sistema Único de saúde (SUS) e da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.2. Em 2003, foi regulamentado pelo MS por meio do Serviço de Assistência Pré-hospitalar Móvel de urgência – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/192 (SAMU/192) a implantação da política nacional de atenção integral às urgências. Entre suas ações está o resgate e o transporte de feridos, com pessoas formadas e qualificadas, materiais, equipamentos e viaturas equipadas para o primeiro atendimento e suporte a vítima que requer atendimento de Urgência e Emergência. O SAMU 192 é um dos principais, mas não o único, dos componentes dessa política (DIVINO, PEREIRA e SIQUEIRA, 2019).

O Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (APH móvel) oferece eficiência e rápida assistência a vítima em situação de Urgência e Emergência, organizado e hierarquizado em atender os princípios da integralidade, equidade e universalidade com prioridade de profissionais capacitados em atuar em primeiro atendimento, mantendo as condições vitais das vítimas até o hospital garantindo a assistência e continuidade evitando novos traumas e novas lesões ou agravar as existentes. As eficácias dos profissionais devidamente qualificados e capacitados permite aumentar a assistência e a possibilidade de benefícios aos traumas das vítimas (DIVINO, PEREIRA e SIQUEIRA, 2019).

É necessário um curso de capacitação e habilitação para os profissionais que atuam no APH fixo e móvel para poderem prestar o serviço. Esse atendimento de qualidade e segurança é primordial que tenha uma educação de permanência pois os recursos humanos neste setor são fundamentais. Nesse sentido, como estratégia do SUS a portaria nº 198 institui a Política Nacional de Educação

Permanente em Saúde (EPS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. O capítulo VII do anexo da portaria nº 2.048 aborda os Núcleos de Educação em Urgências (NEUs) (DIVINO, PEREIRA e SIQUEIRA, 2019).

O comprometimento da qualidade na assistência e na gestão pode ser apontada com a falta de formação e na ausência continuada dos trabalhadores da área. Os NEUs têm o objetivo de capacitar, certificar e recertificar os currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. Capaz de desenvolver na formação dos profissionais que trabalham no APH móvel o enfoque efetivamente problematizador, com a necessidade de preparar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender as demandas exigentes. Aos profissionais que atuam no atendimento público ou privado e gestores estaduais e municipais que estão envolvidos nos serviços de urgência existe os NEUs com os propósitos de garantir a capacitação periódica desses profissionais. Isso tem a finalidade de integrar os saberes desses profissionais formando, qualificando e articulando seus conhecimentos homogêneos minimizando o conflito de ideias técnicas e procedimento diferentes. É necessário que para a formação e educação dos trabalhadores, as instituições que prestam serviço de APH móvel se façam valer dos NEUs (DIVINO, PEREIRA e SIQUEIRA, 2019).

Para ser alcançado os objetivos organizacionais é necessário habilitar e ser mais produtivo, A capacitação é o processo que desenvolve qualidade com propósito de aumentar em seus indivíduos a produtividade em seus cargos influenciando seu comportamento e produzindo mudanças permanente no indivíduo com o intuito de melhorar sua capacidade de atuar. A portaria nº 2.048/02 e sua regulamentação em 2003 determina que cliente críticos vítima de acidente antes de chegar ao pronto socorro necessita de atendimento pré-hospitalar, estabelecendo ações de resgate e transporte dispondo de pessoas qualificadas e saber profissional para acidentes ou mal súbito que possam atender no local da ocorrência. A não capacitação desses profissionais acarreta o agravamento do quadro clínico das vítimas e a não prevenção de sequelas acometidas pelo trauma. Eis o interesse da Enfermagem em desenvolver a prática assistencial. A capacitação aos trabalhadores no serviço de APH dá a oportunidade de desenvolver as próprias capacidades e a busca por orientação e informação profissional para desenvolver o

aprendizado com habilidade, destreza e eficiência nas tarefas a serem realizadas, com atitude, soluções, ideias, conceitos e comportamento mais eficaz (DIVINO, PEREIRA e SIQUEIRA, 2019).

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Em um atendimento onde haja necessidade de uma viatura para atender ocorrência em uma situação de Emergência, esta terá que está equipada com todo equipamento e materiais para oferecer atendimento pré-hospitalar a toda e qualquer vítima de trauma inclusive criança. A guarnição deve está perfeitamente treinada e capacitada com conhecimento prático na identificação dos equipamentos e materiais e técnica em utilizá-los tornando o atendimento ágio e eficiente (PARANÁ, 2018)

Existe vários equipamentos e materiais que são indispensáveis para um atendimento de APH, são alguns Equipamentos Básicos utilizados no socorro pré-hospitalar de acordo com o corpo de bombeiros do estado do Paraná, 2018:

- a) Equipamentos para segurança portátil: rádios VHF/FM. (Figura 1)
- b) Equipamentos para segurança no local do acidente: cones de sinalização, lanternas, fitas para isolamento e extintores de incêndios. (Figura 2)
- c) Equipamentos de reanimação e administração de oxigênio: cânula orofaríngea ou Cânula de Guedel. (figura 3)
- d) Reanimador ventilatório manual ou ambu: bolsa, valva ou válvula e máscara. (Figura 4)
- e) Materiais utilizados em curativos: gaze, ataduras de crepom, bandagem, fita adesiva. (Figura 5)
- f) Equipamentos para verificação de sinais vitais: desfibriladores automáticos externos (DEA), esfigmomanômetro e o estetoscópio, oxímetro de pulso portátil. (Figura 6)
- g) Macas e acessórios: maca. (figura 7)
- h) Materiais de proteção individual: luvas descartáveis, máscara de proteção facial, óculos de proteção, aventais e capacetes. (Figura 8)
- i) Materiais diversos: Pinça Kelly e carvão ativado. (Figura 9)
- j) Materiais de uso pediátricos: colete de imobilização dorsal (ked), colar cervical, esfigmomanômetro e o estetoscópio, termômetro. (Figura 10)

FIGURA 1- Equipamentos para segurança portátil: Rádios VHF/FM



Fonte: (Paraná, 2006)

VHF/FM: O rádio Portátil possui várias opções e características que destacam seu desempenho sendo utilizados no Corpo de Bombeiros modelos que possuem desde 16 canais à 64 canais, sem visor ou com visor alfanumérico de 8 caracteres, várias faixas de frequência PL/DPL, VOX integrada e múltiplas opções de baterias.

FIGURA 2- Equipamentos para segurança no local do acidente



Fonte: (Paraná, 2006)

Equipamento de segurança no local – este conjunto de equipamentos destinam-se a garantir a segurança das guarnições no local do acidente, bem como, das vítimas envolvidas e da população em geral; destacam-se entre esses materiais os cones de sinalização, lanternas, fitas para isolamento e extintores de incêndios.

FIGURA 3- Cânula orofaríngea ou Cânula de Guedel



Fonte: (Paraná, 2006)

Cânulas de entubação endotraqueal – equipamento que garante a ventilação manual ou mecânica, garantindo a permeabilidade das vias aéreas devido ao um balonete que sela a traquéia.

Cânula orofaríngea ou Cânula de Guedel – equipamento destinado a garantir a permeabilidade das vias áreas em vítimas inconscientes devido a queda da língua contra as estruturas do palato, promovendo a passagem de ar através da orofaringe. Possui vários tamanhos.

FIGURA 4- Reanimador ventilatório manual ou Ambu



Fonte: (Paraná, 2006)

Reanimador ventilatório manual ou Ambu – equipamento destinado a estabelecer ventilação artificial manual. Composto de bolsa, valva ou válvula e máscara, garantindo assim eficiente insuflação de ar e maior concentração de oxigênio para a vítima. Equipamento disponível nos tamanhos adulto e infantil.

FIGURA 5- Materiais utilizados em curativos



Fonte: (Paraná, 2006)

Gaze, ataduras de crepom, bandagem, fita adesiva – material indispensável na limpeza superficial de ferimentos e contenção de hemorragias em vítimas.

FIGURA 6- Equipamentos para verificação de sinais vitais.



Fonte: (Paraná, 2006)

Desfibriladores automáticos externos (DEA) – equipamento destinado a verificação de arritmias ventriculares (taquicardia e fibrilação), que se confirmadas através da obediência aos comandos emanados, resultará na aplicação de choques buscando a reversão do quadro apresentado.



Fonte: (Paraná, 2006)

OBS: a Classificação do DEA, neste grupo deve-se ao mesmo atuar também como monitor cardíaco, identificando o padrão de atividade elétrica do coração, é um

material de uso de pessoal treinado, mas não necessariamente de profissional de saúde, o que o diferencia do cardioversor.



Fonte: (Paraná, 2006)

Esfigmomanômetro e o estetoscópio – equipamentos utilizados para medir a pressão arterial.

Esfigmomanômetro – equipamento destinado à aferição da pressão arterial.

Estetoscópio - aparelho destinado a ausculta cardíaca e pulmonar.

Oxímetro de pulso portátil - aparelho eletrônico destinado a medição da saturação periférica de oxigênio.

FIGURA 7- Macas e acessórios



Fonte: (Paraná, 2006)

Maca – equipamento destinado ao transporte de vítima, sendo confeccionado em alumínio, com mecanismo de travamento, possibilitando que a maca aumente ou diminua a altura.

FIGURA 8- Materiais de proteção individual



Fonte: (Paraná, 2006)

Equipamento de proteção individual – este conjunto de equipamentos destinam-se a proteção do socorrista e da vítima, objetivando evitar a transmissão de doenças, seja pelo contato com a pele ou através da contaminação das mucosas; materiais de uso obrigatório no atendimento no interior das viaturas do Corpo de Bombeiros: luvas descartáveis, máscara de proteção facial, óculos de proteção, aventais e capacetes (em locais de risco iminente de acidentes).

FIGURA 9- Materiais diversos



Fonte: (Paraná, 2006)

FIGURA 10- Alguns equipamentos e materiais projetados para o atendimento infantil.



Fonte: (Paraná, 2006)

Colete de imobilização dorsal (ked) - equipamento destinado a retirada de vítimas do interior de veículos que estiverem sentadas, objetivando a imobilização da coluna cervical, torácica e lombar superior. Sua fixação dá-se através de tirantes flexíveis fixos e móveis. Os pediátricos vêm com desenhos infantis para melhor identificação.



Fonte: (Paraná, 2006)

Colar cervical – equipamento destinado a imobilização da coluna cervical quanto à movimentos axiais, confeccionado em polietileno, dobrável e de vários tamanhos e modelos.



Fonte: (Paraná, 2006)

Esfigmomanômetro e o estetoscópio – equipamentos utilizados para medir a pressão arterial.

Termômetro - instrumento para medir a temperatura dos corpos e que, em geral, atinge o equilíbrio térmico com o sistema sujeito à medição.

CONSIDERAÇÕES PARA O ATENDIMENTO BÁSICO DA CRIANÇA

As crianças têm como seu principal mecanismo de morte o comprometimento das vias aéreas logo após acidentes. A principal ação no atendimento a criança vítima de trauma é a abordagem de suas vias aéreas. Em caso de choque, por exemplo, a criança possui mecanismos de compensação mais eficiente do que o adulto. No atendimento à criança politraumatizada a avaliação de risco é de extrema importância e deverá ser redobrada pois há diferença anatômica e fisiológica entre criança e adulto. Assim, a criança antes de apresentar qualquer alteração evidente dos sinais vitais pode perder até 25% do volume sanguíneo total (BRICCIUS e MUROFUSE, 2004).

As crianças possuem maior reserva funcional que os adultos, seja pelo seu período de desenvolvimento, seja pela maior capacidade fisiológica dos órgãos ainda jovens (SANTORO, 2011).

A criança apresenta maior volume corporal em relação a sua superfície, acarretando assim uma maior perda de calor para o meio ambiente e um risco maior de desenvolver hipotermia (SANTORO, 2011).

A cabeça apresenta um tamanho maior em relação ao restante do corpo quando comparado ao adulto, levando a um maior risco de trauma e hemorragias internas envolvendo o crânio. Por exemplo, quedas de alturas maiores que uma vez e meia a altura da criança são consideradas um trauma grave (BRICCIUS e MUROFUSE, 2004).

O tamanho aumentado do perímetro cefálico associado a um volume de língua aumentado, em relação ao adulto, aumenta o risco de crianças apresentarem asfixia por obstrução da região posterior da boca. A tendência da cabeça, quando a criança está deitada de costas, é apresentar uma leve flexão, que se não corrigida, pode agravar a obstrução das vias aéreas (SANTORO, 2011).

A estrutura óssea da criança é flexível e apresenta-se ainda em crescimento, assim, traumas podem levar danos aos órgãos internos importantes do tórax e do abdome, sem acarretar fraturas ou lesões externas aparentes. Além disso, traumas nas regiões de crescimento ósseo podem levar ao déficit de crescimento e desenvolvimento da criança (BRICCIUS e MUROFUSE, 2004).

A frequência respiratória (Tabela 1) e cardíaca (Tabela 2) da criança é mais elevada quanto menor a sua idade, aproximando-se estes parâmetros do adulto, durante a adolescência

TABELA 1 – Frequência respiratória na criança

Idade	Frequência
< 1 ano	30 a 60
1 a 3 anos	24 a 40
Pré-escolar (4 a 5 anos)	22 a 34
Escolar (6 a 12 anos)	18 a 30
Adolescente (13 a 18 anos)	12 a 16

Fonte: SAMU, 2016

TABELA 2 – Frequência cardíaca na criança

Fonte: SAMU, 2016

Idade	Acordado	Média	Durante o sono
Recém-nascido até 3 meses	85 a 205	140	80 a 160
3 meses a 2 anos	100 a 190	130	75 a 160
2 a 10 anos	60 a 140	80	60 a 90
> 10 anos	60 a 100	75	50 a 90

Apesar da capacitação os profissionais, eles são orientados a estar prestando um atendimento a criança, garantindo a sua segurança, a segurança do

paciente e a segurança dos demais envolvidos (testemunhas, familiares, curiosos, etc.). Usar equipamento de proteção individual, controlar a cena e lograr acesso seguro até o paciente, proporcionar atendimento pré-hospitalar imediato, solicitar, caso seja necessário, ajuda especializada, por exemplo: Polícia Militar, Guarda Municipal, Polícia Rodoviária Federal, Companhia de Água, Samu, Defesa Civil, não causar dano adicional ao paciente, conduzir adequadamente o paciente até um hospital, transferir o paciente para a equipe médica e registrar a ocorrência (SANTA CATARINA, 2018).

Transmitir confiança e tranquilidade para a criança vítima de um trauma é uma importante medida, pois ela normalmente se encontra nervosa e agitada. Acalmar e estabelecer um bom relacionamento com familiares e a criança é essencial na abordagem pois algumas medidas podem despertar dor e inquietação (SANTORO, 2011).

Para a desobstrução das vias aéreas deve ser colocado um suporte sobre os ombros e as costas da criança para alinhar a face com o chão. O queixo não deve ser muito elevado, pois também pode levar a oclusão das vias aéreas (SANTORO, 2011).

Os profissionais no atendimento a criança vítima de trauma são orientados a seguir orientações onde os direitos do paciente que poderão ter os pais ou algum familiar responsável que poderá ter alguns direitos solicitados como:

- a) solicitar e receber socorro pré-hospitalar;
- b) exigir sigilo sobre suas condições e/ou tratamento recebido;
- c) denunciar a quem não lhe prestou socorro ou violou seus direitos;
- d) recusar atendimento pré-hospitalar (SANTA CATARINA, 2018).

Existem duas formas de atendimento com consentimento: Consentimento Implícito e Consentimento Explícito.

O consentimento implícito é aquele que o socorrista presta um determinado socorro independente da expressa autorização do paciente ou de seu representante legal. Atendendo de imediato a vítima quando ela está inconsciente, desorientada ou gravemente ferida, é menor de 18 anos e não pode tomar uma decisão sozinha. O consentimento Explícito é o socorro prestado após a expressa autorização do paciente ou seu representante legal, onde a vítima poderá estar inconsciente,

confusa, gravemente lesionada, menor de idade ou com incapacidade mental (SANTA CATARINA, 2018).

Uma vez iniciado o socorro a uma criança vítima de trauma, ferida e/ou lesionada, legalmente iniciou-se o atendimento pré-hospitalar. O socorrista tem o dever de prestar o atendimento de acordo com os padrões estabelecidos e se sair do local antes da chegada do socorro ou abandonar o paciente, estará sujeito as sanções legais (SANTA CATARINA, 2018).

CONCLUSÃO

Quando estamos diante de uma situação e temos que lidar, coordenar, liderar e ter que muitas vezes tomar decisões imediatas diante quanto tem como vítima como criança em situação de atendimento de urgência, passa a valer nosso conhecimento, prática, rapidez, técnica e decisão.

O seu conhecimento nessa hora junto com a equipe mostra a capacidade de agir, colocando em prática suas habilidades em APH e em humanização que requer junto com a vítima infantil um emocional mais apurado e atencioso.

Busca do profissional da enfermagem uma investigação mais cautelosa, mas com habilidade e rapidez, pois se trata de um paciente onde seu emocional pode não vim a colaborar e acontece o choro e medo. Tratando-se de criança onde estará sendo cuidada por desconhecido é onde entra o enfermeiro a liderança de equipe, que em muitos casos o médico não está presente, somente por rádio ou casos extremamente graves de resgate e APH.

Com equipamentos adequados para a classe pediátrica, o atendimento se torna mais rápido e menos evasivo. Pois se adapta corretamente ao corpo da criança.

Como a criança ainda está em desenvolvimento temos que ter extremo cuidado e atenção com os órgãos e ossos, pois ainda estão em fase de desenvolvimento.

Ao atendimento pré-hospitalar com criança devemos estar atentos a frequência respiratória e cardíaca, pois pelos parâmetros pediátricos, quanto menos for a idade mais é elevado a frequência cardíaca e respiratória.

O profissional de enfermagem no atendimento pré-hospitalar estará capacitado para agir em qualquer situação onde envolve criança em situação de risco de vida, pois terá formação, habilidade e treinamento específico para que a

criança tenha seu quadro estabilizado sem piora dos agravos até chegar ao pronto atendimento ou hospital mais próximo.

REFERENCIAS

BRICCIUS, Márcio e MUROFUSE, Neide Tiemi, 2004. **Atendimento de crianças realizado pelo SIATE de Cascavel no ano de 2004** Revista Eletrônica de Enfermagem. 2008;10(1):152-166. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a14.htm> Acesso em: 10/10/2018

DIVINO, Eveline do Amor., PEREIRA, Queli Lisiane Castro e SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de, 2009, **A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores**, REME, ENFERMAGEM UFMG, volume: 13.3 Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/201> Acesso em: 29/04/2018

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOIÁS, Corpo de Bombeiros Militar do Estado. **Manual operacional de bombeiros: resgate pré-hospitalar**. Goiânia: - 2016. Disponível em: <https://www.bombeiros.go.gov.br/wp-content/uploads/2015/12/MANUAL-DE-RESGATE-PR%C3%89-HOSPITALAR.pdf> Acesso em 29 de abril de 2018.

INEM - EMERGÊNCIAS TRAUMA - **Manual TAS 2017**

Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Emerg%C3%Aancias-Trauma.pdf>. Acesso em 28/01/2019

PARANÁ, Corpo de Bombeiro. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar - 2018**. Disponível em: <http://www.bombeiros.pr.gov.br/arquivos/File/1gb/socorros/Equipamentos.pdf>. Acesso em: 10/07/2018

PARANÁ, Corpo de Bombeiro. **Manual do Atendimento Pré-Hospitalar – SIATE /CBPR – 2006**. Disponível em: <https://www.ebah.com.br/content/ABAAABg9QAI/manual-atendimento-pre-hospitalar>. Acesso em 28/01/2019

PORDEUS A.M.J., Fraga MNO, FACÓ T.P.P., **Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2003;19(4):1201-03. doi: Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400041>. Acesso em 29 de abril de 2018.

ROMANZINI, Evânio Márcio; BOCK, Lisnéia Fabiani. **Concepções e sentimentos de enfermeiros que atuam no atendimento pré-hospitalar sobre a prática e a**

formação profissional. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 240-246, Apr. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 novembro de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000200015>.

SANTA CATARINA, **Corpo de bombeiros militar de atendimento pré-hospitalar**, CFSd 2018 2ª versão, 05 setembros 2018. Disponível em: file:///C:/Users/cleit_000/Downloads/MANUAL_APH_CFSd2018_2ver_05Set18.jpg.pdf. Acesso em: 01/11/2018

SANTORO, Deyse Conceição. **Situações de Urgência e Emergência: Manual de condutas práticas.** Rio de Janeiro: Águia dourada, 2011

SILVA, Larissa Aparecida Pereira et al. **Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário.** Revista de Medicina, v. 96, n. 4, p. 245-253, 2017.

SILVA, L. S. S.: VALENTE, G. S. V. **A criança vítima de trauma e a sistematização da assistência de enfermagem (SAE).** Ver.pesq.cuid.fundam., v.3, n.2, p 1983-91, abr./jun. 2011 Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1388/pdf_40>. Acesso em: 20 out. 2018.

SOBRAT-Sociedade Brasileira de terapia Intensiva, **HUT já atendeu 478 crianças vítimas de acidentes de trânsito em 2017.** Redação, RC. 2017 Disponível em: <https://cidadeverde.com/noticias/261472/hut-ja-atendeu-478-criancas-vitimas-de-acidentes-de-transito-em-2017>. Acesso em 29 de abril de 2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ATENDIMENTO INTEGRADO AO TRAUMATISMO (SBAIT). **O que é trauma?** 2014. Disponível em: <<http://www.sbait.org.br/trauma.php>>. Acesso em: 27 out. 2018.