



MANUAL DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

DEPARTAMENTO
DE FORMAÇÃO



FICHA TÉCNICA

TÍTULO

Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBV-P)

DESIGN e PAGINAÇÃO

GC – Gabinete de Comunicação

INEM I.P. – Instituto Nacional de Emergência Médica, Instituto Público

AUTORES

INEM I.P. – Instituto Nacional de Emergência Médica

DF – Departamento de Formação

DCSIEM – Departamento de Coordenação do SIEM

Versão 2.0 – março de 2026

© copyright

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	5
II.	NÚMERO EUROPEU DE EMERGÊNCIA – 112	6
III.	A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA.....	8
	Reconhecimento precoce e pedido de ajuda.....	8
	Início precoce de SBV e Desfibrilhação.....	8
	Cuidados avançados pós-reanimação.....	8
	Sobrevivência e recuperação	8
IV.	IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA CRIANÇA DOENTE	9
V.	SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO	10
	PRIMEIRO PASSO – VERIFICAR SEGURANÇA E REATIVIDADE	11
	1. CONDIÇÕES DE SEGURANÇA.....	11
	2. CONFIRME SE REAGE	12
	SEGUNDO PASSO – LIGAR 112 E VERIFICAR SE RESPIRA	12
	1. LIGAR 112	12
	2. CONFIRME SE RESPIRA	13
	TERCEIRO PASSO – SBV	14
	1. REALIZE 5 INSUFLAÇÕES.....	14
	2. REALIZE COMPRESSÕES.....	15
	3. REALIZE INSUFLAÇÕES	16
	4. REINICIE SBV	17
	ALGORITMO DE SBV PEDIÁTRICO.....	18
VI.	DEFIBRILHAÇÃO EM PEDIATRIA.....	19
	INTEGRAÇÃO NO ALGORITMO	19
VII.	POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA / RECUPERAÇÃO	21
VIII.	OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM IDADE PEDIÁTRICA	23
	ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA PEDIÁTRICA.....	26
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Faixas etárias em pediatria.....	5
Figura 2 - Colabore na chamada ao 112 e responda a todas as perguntas do CODU.....	7
Figura 3 - Cadeia de Sobrevivência.....	8
Figura 4 - Sinais e sintomas de identificação da criança gravemente doente.	9
Figura 5 - Verificação do estado de consciência em crianças e adolescentes.....	12
Figura 6 - Ligue ao 112 em alta-voz.....	12
Figura 7 - Permeabilização da via aérea em crianças e adolescentes.	13
Figura 8 - Permeabilização da via aérea em lactentes.....	13
Figura 9 – Realização do VOS em crianças e adolescentes.	14
Figura 10 - Técnica boca a boca-nariz.....	15
Figura 11 - Técnica boca a boca.	15
Figura 12 - Compressões em crianças - técnica de uma mão.	16
Figura 13 - Compressões em lactentes - técnica do abraço.	16
Figura 14 - Realize insuflações.	17
Figura 15 - Exemplo de colocação de elétrodos adulto em posicionamento antero-posterior em bebês.	20
Figura 16 - Exemplo de colocação de elétrodos adulto em posicionamento antero-lateral (esquerda), e posicionamento antero-posterior (direita).....	20
Figura 17 - Colocação de elétrodos de adulto em posicionamento antero-posterior, em crianças.	20
Figura 18 - Criança em posição de recuperação, adaptado da AustraliaWide FirstAid.....	22
Figura 19 - Execução das pancadas interescapulares e compressões torácicas para desobstrução em lactentes.....	24
Figura 20 - Execução das pancadas interescapulares e compressões abdominais para desobstrução em crianças/adolescentes.....	25

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

112COAZR	Centro Operacional Açores
112COMDR	Centro Operacional Madeira
112CONOR	Centro Operacional Norte
112COSUL	Centro Operacional Sul
CO112	Centros Operacionais 112
CODU	Centros Orientação de Doentes Urgentes
DAE	Desfibrilhação Automática Externa
DCSIEM	Departamento de Coordenação do SIEM
DF	Departamento de Formação
DN-PSP	Direção Nacional da Polícia de Segurança Pública
ERC	European Resuscitation Council
GC	Gabinete de Comunicação
INEM I.P.	Instituto Nacional de Emergência Médica, Instituto Público
OVA	Obstrução da Via Aérea
PCR	Paragem Cardiorrespiratória
PLS/PR	Posição Lateral de Segurança/Recuperação
SBV	Suporte Básico de Vida
SBV-DAE	Suporte Básico de Vida e Desfibrilhação Automática Externa
SBVD-P	Suporte Básico de Vida com Desfibrilhação Automática Externa Pediátrico

I. INTRODUÇÃO

As mais recentes atualizações emanadas pelo *European Resuscitation Council* (ERC)¹ levaram à criação do novo Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBV-P), onde se pretendem materializar as novas recomendações relativas ao Suporte Básico de Vida (SBV) adaptadas ao contexto pediátrico. Aqui se representa o estado da arte quanto aos procedimentos a adotar perante uma vítima em paragem cardiorrespiratória (PCR).

A paragem cardiorrespiratória pediátrica é um evento raro que pode ter consequências devastadoras para os doentes, as suas famílias e a sociedade. Apesar de representar apenas uma pequena fração de todas as paragens cardíacas, o seu impacto global pode ser profundo devido às consequências a longo prazo.

As diferenças entre os algoritmos de ressuscitação pediátrica e de adulto baseiam-se sobretudo nas causas distintas de paragem cardíaca. Metade de todas as paragens cardíacas pediátricas extra-hospitalares têm uma causa reversível identificável, sendo a hipoxia a mais prevalente².

As diretrizes do ERC abrangem todas as fases da ressuscitação, conforme descrito na Cadeia de Sobrevivência, que pode ser aplicada a doentes de todas as idades: reconhecimento precoce e pedido de ajuda, início precoce de SBV e desfibrilhação, cuidados pós-ressuscitação, e sobrevivência e recuperação.

Na execução deste manual foram consideradas as faixas etárias abaixo descritas.



Figura 1 - Faixas etárias em pediatria.

II. NÚMERO EUROPEU DE EMERGÊNCIA – 112

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Conhecer o 112 e os Centros de Orientação de Doentes Urgentes.
- Saber o percurso de uma chamada de emergência.

Enquadramento

O **Número Europeu de Emergência** nos países da União Europeia é o 112^{3,4}. Em Portugal, ao ligar 112, a chamada é atendida por agentes de autoridade nos Centros Operacionais 112. Tratando-se de uma situação de saúde, o agente fará o reenaminhamento para os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM.

O CODU é crucial no reconhecimento da PCR e no acompanhamento das manobras de reanimação. Sempre que possível, o contacto deve ocorrer junto da vítima, usando alta voz.⁵ O Técnico orienta o contactante na identificação da ausência de respiração normal e, se confirmada, o CODU indica o início da reanimação e acompanha o processo até à chegada dos meios de emergência.

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:

- 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;
- 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;

- O Centro Operacional Açores (112COAZR), com responsabilidade de atendimento das chamadas da Região Autónoma dos Açores;
- 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 (DN-PSP).

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

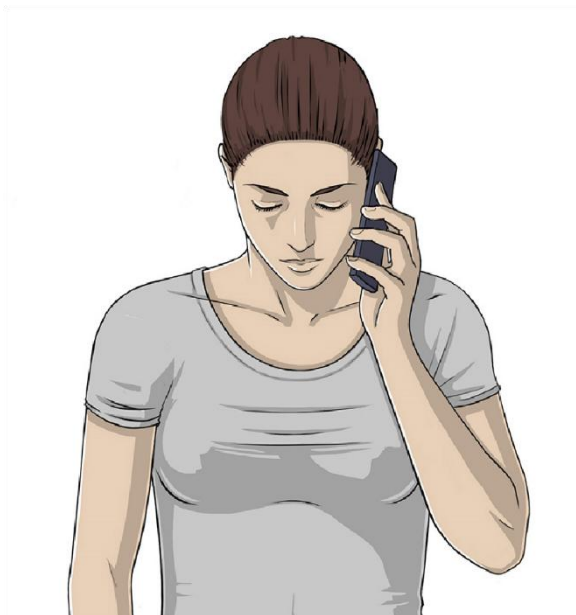


Figura 2 - Colabore na chamada ao 112 e responda a todas as perguntas do CODU.

Ao 112 indique:

- Onde?
- O quê?
- Quem?
- Como?

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 (café, igreja, etc.) – **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.

Só assim é possível otimizar o socorro às vítimas.



III. A CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Compreender o conceito de cadeia de sobrevivência.
- Reconhecer 4 elos da cadeia de sobrevivência e a sua importância.

Enquadramento

A Cadeia de Sobrevivência é composta por quatro elos de igual importância, que traduzem o conjunto de procedimentos vitais para recuperar uma vítima de paragem cardiorrespiratória.⁶

Reconhecimento precoce e pedido de ajuda

É fundamental o reconhecimento precoce de uma vítima cuja paragem cardiorrespiratória pode estar iminente, pedindo ajuda rapidamente.

Início precoce de SBV e Desfibrilhação

A abordagem integrada do suporte básico de vida e da desfibrilhação automática externa (SBV-DAE) contribui para potenciar a recuperação da paragem cardiorrespiratória, preservando as funções cardíaca e cerebral.

Cuidados avançados pós-reanimação

Na situação de recuperação após a paragem cardiorrespiratória, os cuidados avançados prestados à vítima são cruciais para a otimização das funções cardíaca e cerebral.

Sobrevivência e recuperação

A sobrevivência de uma pessoa após a paragem cardiorrespiratória é o foco da cadeia de sobrevivência. É fundamental que seja recuperada a sua qualidade de vida e integração na comunidade.

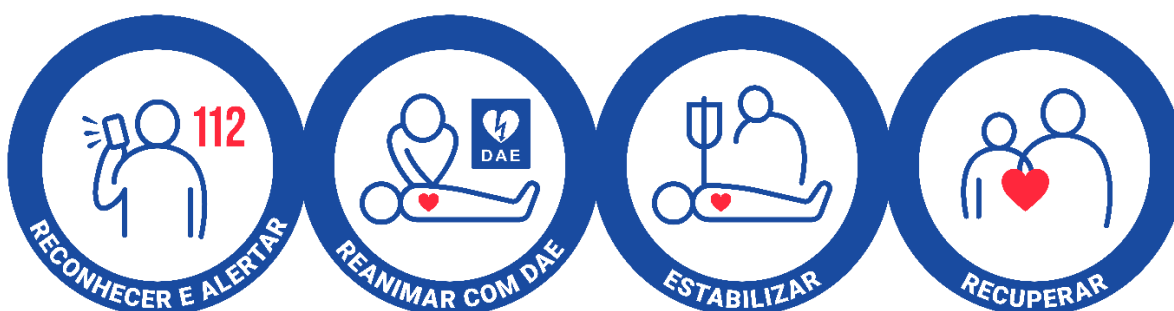


Figura 3 - Cadeia de Sobrevivência.

IV. IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DA CRIANÇA DOENTE

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Reconhecer a importância e os critérios da identificação precoce da criança gravemente doente.

Enquadramento

Na reanimação pediátrica, a fase inicial de prevenção assume um papel crucial, uma vez que a paragem cardiorrespiratória em crianças pode ser evitada mediante tratamento rápido e eficaz de condições potencialmente fatais.¹

As recomendações são transversais a todos os profissionais de saúde, e ao público em geral, tais como pais, cuidadores, professores, e prestadores de cuidados na infância.

É fundamental aprender o reconhecimento da criança gravemente doente que, em conjunto com um alerta rápido ao 112, é crucial para todos contribuirmos para vidas salvas.

Uma criança, ou bebé, que apresente **sinais e sintomas de gravidade**¹, tais como os descritos abaixo, necessita de cuidados emergentes.



Figura 4 - Sinais e sintomas de identificação da criança gravemente doente.

V. SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Reconhecer os 3 passos para salvar uma vida.
- Saber abordar uma situação em segurança.
- Reconhecer uma paragem cardiorrespiratória.
- Conhecer o percurso de uma chamada 112 e como efetuar um pedido de ajuda.
- Entender como realizar compressões e ventilações de qualidade.
- Conhecer as etapas do algoritmo SBV Pediátrico.

Enquadramento

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

Os 3 passos para salvar uma vida, seja adulta ou pediátrica, reconhecendo uma emergência, são transversais a todo o tipo de reanimadores.

Em lactentes, crianças e adolescentes, a paragem cardíaca é geralmente secundária à deterioração gradual das funções respiratória ou circulatória, ou a emergências neurológicas. Assim, a **deteção atempada** e a intervenção correta perante quadros de doença grave permanecem fundamentais para evitar a evolução para paragem cardiorrespiratória.¹

O SBV deve ser efetuado sequencialmente, seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior.



PRIMEIRO PASSO – VERIFICAR SEGURANÇA E REATIVIDADE

1. 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 toda a abordagem: 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.

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

Acidente de viação

Em caso de necessidade de socorrer alguém num acidente de viação, e tendo condições para imobilizar a viatura, 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.

Estruturas instáveis ou metálicas

Sempre que a vítima se encontre em estruturas instáveis deverá ser ponderada a sua remoção para locais seguros. O mesmo ocorre com a utilização do DAE em estruturas metálicas devido ao risco de arco voltaico.

Presença de produtos tóxicos

Nas situações em que a vítima 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 112 e/ou o CIAV (Centro de Informação Antivenenos¹) 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 imprescindível, além de arejar o local, utilizar equipamento de proteção como luvas e máscara para evitar qualquer tipo de contacto com o produto.

Em caso de dúvida, deverá aguardar pelas indicações do CIAV e não se aproximar.

¹ Contacto do CIAV, gratuito: 808 250 250

Transmissão de doenças

A possibilidade de transmissão de doenças durante as manobras de reanimação é diminuta⁷.

Embora o equipamento de proteção individual (EPI) deva ser utilizado sempre que disponível — especialmente em contextos de risco conhecido (presença de sangue ou outros fluidos corporais) ou suspeito de infeção — o seu uso não deve causar atrasos desnecessários no início das compressões torácicas.^{1,7}

Em pediatria, as insuflações são altamente recomendadas. Sempre que possível, utilize uma máscara de bolso ou um insuflador manual, especialmente em situações de risco de exposição ao ar expirado da vítima ou a fluidos corporais.

Garanta condições de segurança antes de abordar a vítima.

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

2. CONFIRME SE REAGE

Coloque-se lateralmente em relação à vítima, se possível.

Lactentes

Estimule as mãos e pés do bebé, chamando em voz alta: “Bebé, estás a ouvir-me?”. Sempre que conhecer o seu nome deverá utilizá-lo.

Crianças e Adolescentes:

Abane os ombros com cuidado e pergunte em voz alta: “Estás a ouvir-me?”. Sempre que conhecer o seu nome deverá utilizá-lo.



Figura 5 - Verificação do estado de consciência em crianças e adolescentes.

No caso de vítima reativa:

- Mantenha-a na posição encontrada;
- Identifique situações causadoras da aparente alteração do estado da vítima;
- Solicite ajuda (ligue 112), se necessário;
- Reavalie com regularidade;
- Se faz parte da Equipa de Emergência, realize o exame da vítima.

SEGUNDO PASSO – LIGAR 112 E VERIFICAR SE RESPIRA

1. LIGAR 112

Se a **vítima não reage** aos seus estímulos ative de imediato o serviço de emergência médica, ligando 112, colocando o telefone em **alta-voz**.



Figura 6 - Ligue ao 112 em alta-voz.

Enquanto a chamada não é atendida verifique se a vítima respira (abordado em seguida).

A chamada 112:

- Indique o local com exatidão e o tipo de situação (emergência médica).
- Aguarde a transferência da chamada para o CODU.
- Ao CODU confirme e complemente a morada onde se encontra, adicionando pontos de referência.
- Responda a todas as questões colocadas.
- Siga os conselhos do Técnico do CODU.
- Todo o apoio necessário será dado durante a chamada.
- Desligue apenas quando indicado.

Se estiver sozinho e sem telemóvel ou sem rede, grite por ajuda enquanto avalia a respiração; se acreditar que ninguém virá, realize um minuto de SBV antes de abandonar a vítima para alertar os serviços de emergência¹.

Em caso de lactentes ou crianças pequenas, pondere transportá-la consigo para assegurar o restante algoritmo.

Quando estiverem presentes dois ou mais elementos no local, um deles deve contactar os serviços de emergência através do 112, enquanto o outro procede à avaliação da vítima. É essencial antecipar a necessidade de utilização do DAE, pelo que este segundo elemento deve assegurar o acesso rápido ao equipamento¹.

2. CONFIRME SE RESPIRA

A permeabilização da via aérea e o restabelecimento da ventilação são objetivos essenciais em SBV, com o propósito de evitar lesões por insuficiente

oxigenação dos órgãos nobres, em particular do cérebro.

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 com a vítima em decúbito dorsal (deitada de costas) da seguinte forma:

Lactentes

- Coloque a cabeça em posição neutra, inclinando-a ligeiramente e elevando o queixo com dois dedos sobre o osso do queixo¹.

Crianças e adolescentes

- 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).



Figura 7 - Permeabilização da via aérea em crianças e adolescentes.



Figura 8 - Permeabilização da via aérea em lactentes.

Mantendo a VA permeável, verifique se a vítima respira normalmente, realizando o **VOS** (Ver, Ouvir e Sentir) durante 10 segundos:

- **VER** os movimentos torácicos;
- **OUVIR** os sons respiratórios saídos da boca/nariz;
- **SENTIR** o ar expirado na face do reanimador.



Figura 9 – Realização do VOS em crianças e adolescentes.

Se a vítima respira normalmente mantenha a permeabilização da via colocando-a em **Posição Lateral de Segurança/Recuperação (PLS/PR)ⁱ** e verifique continuamente se se mantém a respirar normalmente.

Se em algum momento tiver dúvidas se a vítima ventila, assuma que esta **NÃO respira normalmente.**¹

TERCEIRO PASSO – SBV

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

1. REALIZE 5 INSUFLAÇÕES

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

Se estiver sozinho e sem telemóvel, garanta que realiza um minuto de SBV antes de abandonar a vítima para pedir ajuda.

e repetir o procedimento.

Os Técnicos do CODU estão treinados para o ensino de SBV à distância, e irão auxiliar na execução das 5 insuflações iniciais, caso o reanimador tenha treino e máscara de bolso para a sua realização^{8,9}.

Se tiver dificuldade em conseguir as insuflações:

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

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 anteriormente.

Nas situações em que não consegue efetuar uma boa adaptação da boca à volta

ⁱ Ver Capítulo POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA / RECUPERAÇÃO
INEM | 14

ⁱⁱ Ver Capítulo OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM IDADE PEDIÁTRICA

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.

Para equipas de emergência, devem usar-se adjuvantes da via aérea e dispositivos de ventilação manual, nomeadamente insuflador manual com reservatório e oxigénio.



Figura 10 - Técnica boca a boca-nariz.



Figura 11 - Técnica boca a boca.

Técnica com máscara de bolso

Para crianças ou adolescentes, é possível a utilização e adaptação de máscara de bolso à face da vítima. Este dispositivo adapta-se sobre o nariz e boca, e possui uma válvula unidirecional que protege o reanimador do ar expirado da vítima.

Posicione-se ao lado da vítima, permeabilize a via aérea e realize as 2 insuflações (mantendo a permeabilização):

- Colocar a máscara sobre o nariz e boca da vítima (a parte mais estreita da máscara de bolso deverá ficar sobre o dorso do nariz e a parte mais larga da máscara deverá ficar sobre a boca);
- Colocar o polegar e o indicador na parte mais estreita da máscara;
- Colocar o polegar da outra mão na parte mais larga da máscara e usar os outros dedos para elevar o queixo da vítima, criando uma selagem hermética;
- Soprar suavemente pela válvula unidirecional durante cerca de 1 segundo (por cada insuflação), até à expansão visível do tórax;
- Retirar a boca da válvula da máscara após insuflar.

2. REALIZE COMPRESSÕES

A não ser que a vítima recupere de imediato após as insuflações iniciais proceda à realização de compressões. Caso exista um DAE no local, o responsável pela sua utilização deverá ser alertado.

O reanimador deve posicionar-se junto da vítima para que, se for necessário, possa fazer insuflações e compressões sem ter de fazer deslocações.

Para que as compressões torácicas sejam corretamente realizadas, deverá:

- Transferir a vítima para uma superfície rígida caso esta esteja rapidamente acessível¹;
- Posicionar-se ao lado da vítima;
- Certificar-se que a vítima está deitada de costas;

- Afastar/remover as roupas que tapem o tórax da vítima, caso já não tenha sido feito antes;

Realize 15 compressões na **metade inferior do esterno**:

- **Lactentes:** técnica do abraço.
 - Utilize as duas mãos do reanimador a abraçar a totalidade do tórax do bebé.
 - Utilize os polegares, um sobre o outro, para realizar as compressões no local indicado.
- **Crianças acima de 1 ano:** técnica de uma mão sobre o tórax.
 - Coloque a parte mais rígida da palma da sua mão no local indicado e, com o braço sempre esticados, realize compressões.
- Considere a utilização de duas mãos em crianças maiores e adolescentes, mantendo os braços e cotovelos esticados, com os ombros na direção das mãos;
- Aplicar pressão sobre o esterno, deprimindo-o a cerca de 1/3 da altura do tórax ^{10,11}. Em adolescentes considere a depressão aconselhada no adulto: 5 a 6 cm a cada compressão (nunca excedendo os 6 cm em qualquer idade)¹;
- Aplicar 15 compressões de forma rítmica a uma frequência entre 100 a 120 por minuto (ajuda se contar as compressões em voz alta);
- No final de cada compressão garantir a descompressão total do tórax sem remover as mãos;
- Não interrompa compressões exceto se for realizar insuflações ou aplicar o DAE.



Figura 12 - Compressões em crianças - técnica de uma mão.



Figura 13 - Compressões em lactentes - técnica do abraço.

3. REALIZE INSUFLAÇÕES

Após 15 compressões, efetuar 2 insuflações.

- O ar deve ser o suficiente para fazer o tórax elevar-se. Evite ventilações excessivas ou abruptas.
- Garanta que a via aérea se mantém permeável e realize 2 insuflações, com ar suficiente para ver a expansão do tórax (cerca de 1 segundo cada).ⁱ
- Não demorar mais do que 10 segundos para retomar as compressões.

ⁱ Ver Tópico: Realizar 5 insuflações



Figura 14 - Realize insuflações.

Se não tiver equipamento de proteção ou não se sentir devidamente preparado, efetue apenas compressões torácicas contínuas (não existindo momentos de pausa entre cada 15 compressões). As ventilações serão realizadas assim que os equipamentos estejam disponíveis.¹

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.

4. REINICIE SBV

As compressões devem ser reiniciadas imediatamente após a realização das insuflações.

Caso a vítima apresente **sinais de vida** (vítima acordada ou reativa; movimentos intencionais e respiração normal, olhos abertos), efetue o VOS. Se a vítima recuperou respiração normal e permanece inconsciente, coloque-a em PLS/PR e aguarde a chegada de ajuda diferenciada, vigiando-a. Se se tratar de uma Equipa de Emergência, deve ser realizado o exame da vítima;

As manobras de SBV devem ser mantidas até:

- Chegada de ajuda diferenciada e até esta indicar a suspensão ou troca de reanimador;
- A vítima mostrar sinais de vida;
- Exaustão do reanimador.

SBV com dois reanimadores

Dependendo da situação encontrada, o papel da equipa de reanimação pode ser definido da seguinte forma:

Reanimador 1:

- Avalia condições de segurança;
- Avalia a vítima;
- Solicita DAE para o local (se aplicável)
- Zela pela segurança;
- Efetua manobras de SBV.

Reanimador 2:

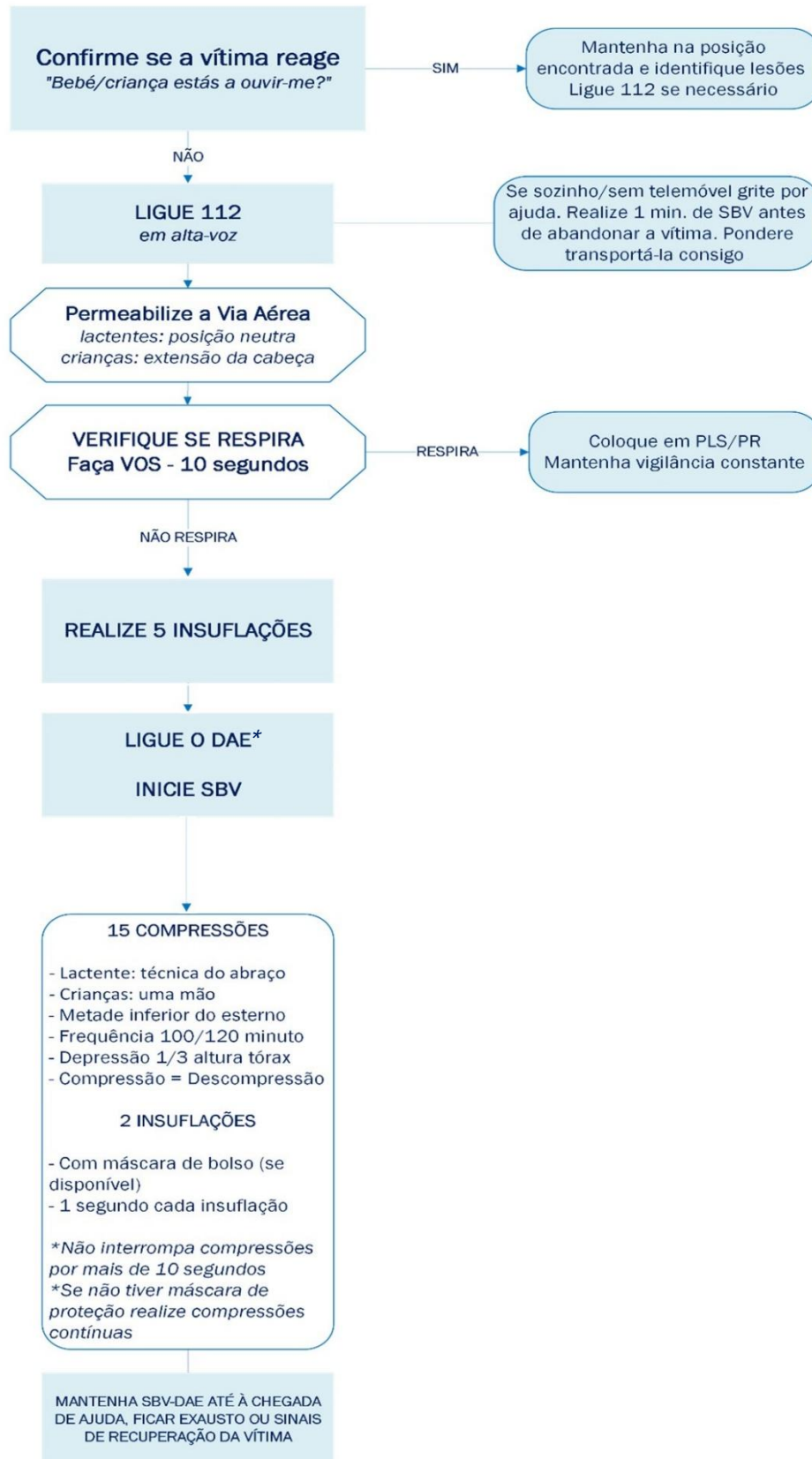
- Avalia condições de segurança;
- Liga 112;
- Alerta equipas de DAE do local (se aplicável);
- Efetua manobras de SBV;
- Zela pela segurança.

Troca de reanimadores em SBV

A troca do elemento das compressões deverá ser efetuada perdendo o mínimo de tempo possível, a cada 2 minutos de SBV (10 ciclos de 15 compressões e 2 insuflações).

ALGORITMO DE SBV PEDIÁTRICO

VERIFICAR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA



* Caso exista um DAE no local, o responsável pela sua utilização deverá ser alertado.

VI. DESFIBRILHAÇÃO EM PEDIATRIA

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Compreender a utilização DAE em pediatria.
- Conhecer as etapas do algoritmo SBV Pediátrico utilizando um DAE.

Enquadramento

Os programas de formação de SBV à população geral e a implementação de programas locais de desfibriladores automáticos externos são fundamentais para que leigos comecem as manobras de reanimação, melhorando o prognóstico dos doentes vítimas de PCR no pré-hospitalar⁵.

Em Portugal, o acesso à bolsa de operacionais de um Programa Local de DAE ocorre pela conclusão com sucesso do curso SBV-DAE Adulto^{12,13}. As regras de utilização do DAE em pediatria são sobreponíveis às do adulto, sendo que neste capítulo abordamos as diferenças essenciais.

Os ritmos não desfibrilháveis são mais frequentes nas idades pediátricas, assim, quando o reanimador está sozinho, a reanimação deve ser iniciada imediatamente, sendo prioritária em relação a ir buscar um DAE, já que a deslocação aumenta o tempo sem compressões. Quando existem dois reanimadores, um inicia a RCP enquanto o outro contacta o 112 e traz o DAE, aplicando-o assim que possível¹.

O DAE é raramente utilizado em lactentes devido à baixa incidência de ritmos chocáveis, mas a sobrevivência aumenta quando os primeiros intervenientes usam um DAE em paragem com ritmo desfibrilhável¹.

Se for usado um DAE sem modo pediátrico em crianças pequenas, a energia será mais

alta do que a recomendada, mas o benefício de uma desfibrilhação precoce supera esse risco¹. Ative o modo pediátrico para todas as crianças abaixo dos 25 kg (cerca de 8 anos de idade). Em crianças maiores e adolescentes utilize o DAE no modo adulto. Caso o modo pediátrico não exista, utilize em modo adulto.

Há evidências crescentes de que encontrar uma vítima em paragem cardiorrespiratória e realizar manobras de reanimação pode ser uma experiência potencialmente traumática para muitos reanimadores e observadores. É importante que seja disponibilizado apoio psicológico ou emocional sempre que necessário⁷.

A utilização do desfibrilhador automático externo em pediatria é recomendada e segura.

INTEGRAÇÃO NO ALGORITMO

A não ser que a vítima recupere de imediato após as insuflações iniciais proceda à utilização do DAE.

Quando a **vítima não respira normalmente**, solicite a recolha do DAE local (caso já não estivesse previamente). Assim que o DAE estiver disponível, ligue-o de imediato.

Se estiver sozinho, a prioridade é sempre ligar 112 e iniciar SBV (compressões/insuflações) em detrimento de se ausentar para recolher o DAE¹.

Se estiverem presentes vários reanimadores, garanta que o SBV se mantém enquanto se procede ao início de utilização do DAE e colagem dos elétrodos ao tórax.

Ligue o DAE e coloque os elétrodos conforme as instruções do fabricante, garantindo que não ficam sobrepostos nem tão próximos que possam tocar-se.

- **Elétrodos pediátricos:**

- A posição frequentemente recomendada é um elétrodo à direita do esterno, abaixo da clavícula direita e o outro na linha média axilar esquerda (junto à axila).

- **Elétrodos adulto:** utilize o posicionamento antero-posterior em lactentes e crianças abaixo dos 25 kg:

- **Anterior:** centro do tórax, à esquerda do esterno.
- **Posterior:** o centro do elétrodo sobre o meio omoplatas.

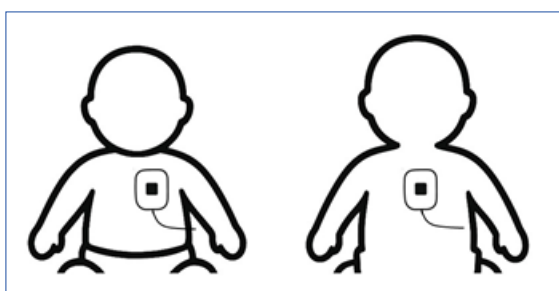


Figura 15 - Exemplo de colocação de elétrodos adulto em posicionamento antero-posterior em bebés.

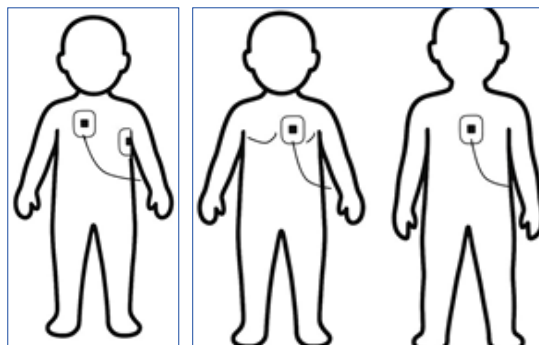


Figura 16 - Exemplo de colocação de elétrodos adulto em posicionamento antero-lateral (esquerda), e posicionamento antero-posterior (direita).



Figura 17 - Colocação de elétrodos de adulto em posicionamento antero-posterior, em crianças.

O DAE iniciará automaticamente o período de análise da atividade elétrica cardíaca, e posterior decisão de choque recomendado ou não recomendado.

VII. POSIÇÃO LATERAL DE SEGURANÇA / RECUPERAÇÃO

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Saber quando utilizar a Posição Lateral de Segurança/Recuperação (PLS/PR).
- Conhecer os passos para a execução correta da técnica.

Enquadramento

A Posição Lateral de Segurança, também chamada de Posição de Recuperação, é utilizada em situações em que a vítima, seja adulta ou pediátrica, se encontra não reativa e com respiração normal, ou se tiverem sido restaurados os sinais de vida após manobras de reanimação, a manutenção da permeabilidade da via aérea deverá ser obrigatoriamente garantida.

Uma pessoa inconsciente e a respirar normalmente, deve ser colocada em PLS/PR 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.

A PLS/PR usada nas crianças obedece aos mesmos princípios da utilizada no adulto e pode ser usada a mesma técnica.

Não estão demonstrados riscos associados à sua utilização.

A PLS/PR 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;
- Alterar regularmente de lado da PLS/PR para evitar pontos de pressão (a cada 30 minutos).

Se trauma ou suspeita de traumatismo na coluna vertebromedular

A mobilização da vítima que respira só deve acontecer se for imprescindível e não for possível manter a VA permeável, ou se o local não for seguro.

Está contraindicada a PLS/PR no trauma ou na sua suspeita. Havendo suspeita de trauma da coluna em vítima que respire, a mesma não deve ser mobilizada até à chegada das equipas de emergência.

Se a vítima reage:

- Deixe-a como a encontrou;
- Procure alterações;
- Solicite ajuda (ligue 112);
- Reavalie-a regularmente.

Se estiver inconsciente e a respirar

- Solicite ajuda (ligue 112)
- Coloque-a em PLS/PR.

Técnica de colocação da criança em PLS/PR

- Ajoelhe-se ao lado da vítima
- Remova objetos estranhos ao corpo da vítima, os quais ao posicioná-la possam eventualmente causar lesões (ex.: óculos, canetas);
- A roupa em volta do pescoço também deve ser folgada;
- Assegure-se que as pernas da vítima estão estendidas;
- Coloque o braço da vítima mais próximo (do seu lado) em ângulo reto (90°) com o corpo, com o cotovelo dobrado e a palma da mão virada para cima;
- Segure a mão mais afastada e traga-a para junto da hemiface do seu lado, de forma que o dorso da mão proteja a cara da vítima;
- Com a outra mão levante a perna do lado oposto acima do joelho, dobrando-a;
- Role a vítima: enquanto uma mão apoia a cabeça, a outra puxa a perna do lado oposto rolando a vítima para o seu lado;
- Estabilize a perna de forma que a anca e o joelho formem ângulos retos;
- Coloque uma mão na região frontal (testa), dois dedos no mento (queixo) e faça a extensão da cabeça, inclinando a cabeça para trás, assegurando assim a permeabilização da VA;
- Reavalie regularmente a respiração e o estado de consciência¹ e se tiver dúvidas, desfaça a PLS/PR, permeabilize a VA e repita o VOS até 10 segundos.

Via aérea permeável com
ligeira extensão da cabeça



Figura 18 - Criança em posição de recuperação, adaptado da AustraliaWide FirstAid.

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. É fundamental a manutenção da permeabilização da via aérea, com posição neutra e elevação do queixo.

VIII. OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM IDADE PEDIÁTRICA

Objetivos

No final do capítulo, o formando deverá:

- Identificar a Obstrução da Via Aérea (OVA) na idade pediátrica¹.
- Conhecer o algoritmo de atuação.

Enquadramento

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.

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.

Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, que não tosse e está consciente:

Ligue ou peça a alguém que ligue 112 assim que possível. Caso esteja sozinho coloque o telefone em alta-voz.

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.

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.

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

Utilize a técnica do abraço, colocando 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.

Faça até 5 compressões torácicas, tal como explicado na técnica de compressões torácicas¹. Como se trata de uma OVA, estas compressões devem ter maior intensidade e a um ritmo mais lento com o objetivo de aumentar a pressão intratorácica e ajudar a mobilizar o objeto.



Figura 19 - Execução das pancadas interescapulares e compressões torácicas para desobstrução em lactentes.

Criança:

Pancadas interescapulares e compressões abdominais

As pancadas interescapulares são mais eficazes se a criança estiver com a cabeça com inclinação 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.

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 xifóide¹.

¹ Ver subtópico REALIZE COMPRESSÕES, Técnica do abraço.

Apertando esse punho com a outra mão, o reanimador puxa contra o abdômen 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.



Figura 20 - Execução das pancadas interescapulares e compressões abdominais para desobstrução em crianças/adolescentes.

Reavaliação

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

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

Se surgirem sinais de alívio da obstrução, tais como tosse, respiração audível ou choro, interrompa imediatamente as pancadas interescapulares ou as compressões abdominais, e verifique se o objeto está acessível para remoção¹.

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/ou que as compressões abdominais tenham causado lesões internas, pelo que, em ambos os casos, a criança deve ser avaliada por um médico num serviço de urgência.

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

Se não tiver pedido ajuda, este é o momento **limite** para o fazer¹.

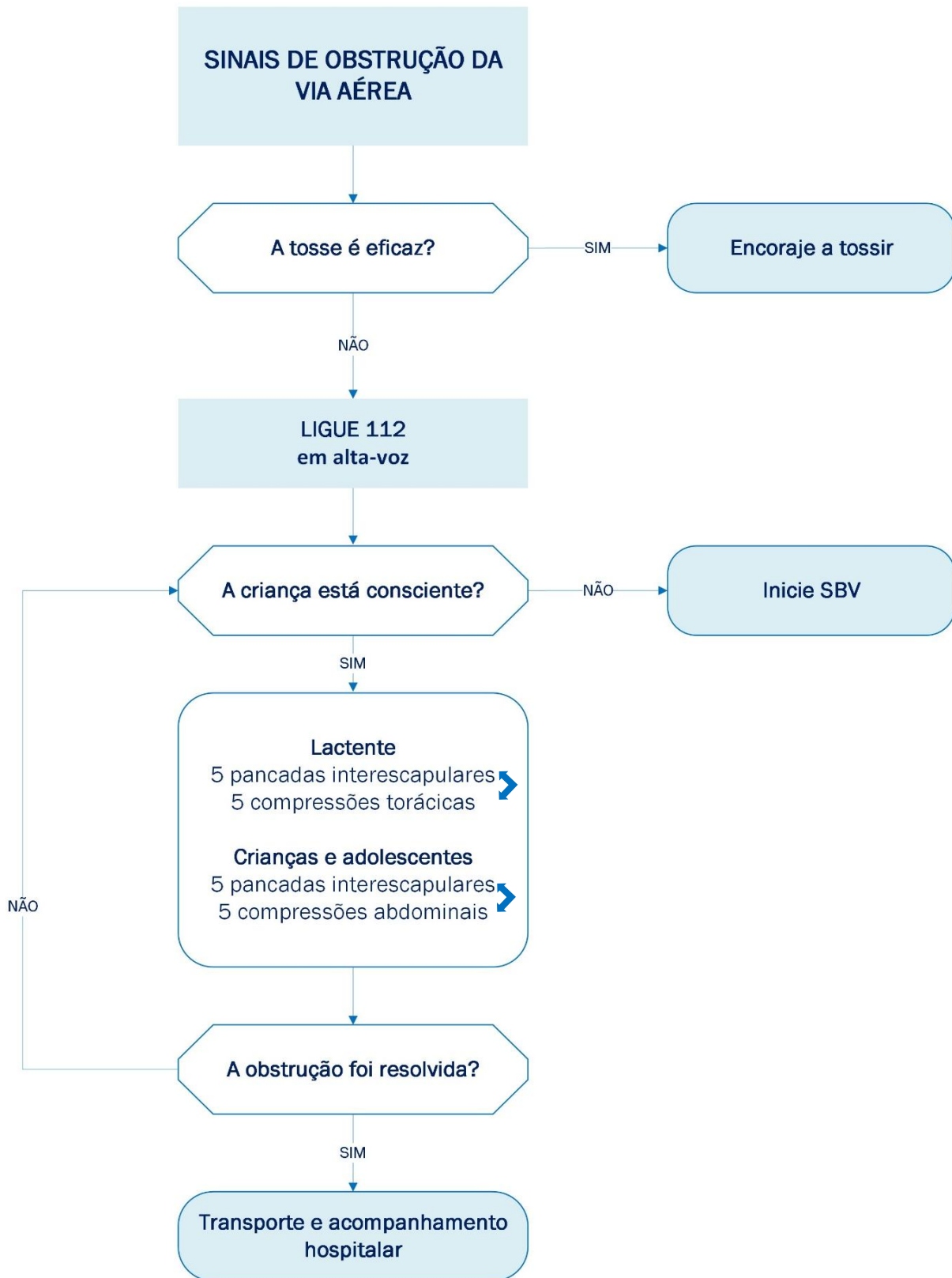
Deite a criança inconsciente numa superfície rígida e inicie o SBV pela realização das 5 insuflações. Caso algum objeto seja claramente avistado na via aérea deverá proceder à sua remoção; caso contrário não deverá parar a reanimação.

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 em PLS/PR, vigiando e reavaliando continuamente o nível de consciência e a respiração até à chegada da ajuda diferenciada.

ALGORITMO DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA PEDIÁTRICA

VERIFICAR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA



IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Djakow J, Turner NM, Skellett S, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2025;215:110767. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110767
2. Mally D, Namazzi R, Musoke P, Munube D, Luggya TS, Sawe HR. Outcomes of pediatric in-hospital cardiac arrest in the emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania: a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med*. 2024;24(1):178. doi:10.1186/s12873-024-01086-8
3. Secretaria-Geral do MAI. <https://www.sg.mai.gov.pt/Tecnologias/112pt/visaodoservico112/Paginas/default.aspx>
4. Despacho n.º 8591-D/2016, de 1 de julho | DRE| Aprovação do modelo de gestão operacional do serviço 112. *Diário da República nº 125/2016, 2º Suplemento, Série II de 2016-07-01*. Preprint posted online 2016:6-8. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/8591-d-2016-74848647>
5. Smyth MA, van Goor S, Hansen CM, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support. *Resuscitation*. 2025;215:110771. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110771
6. Greif R, Lauridsen KG, Djärv T, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Executive Summary. *Resuscitation*. 2025;215 Suppl 1:110770. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110770
7. Smyth MA, van Goor S, Hansen CM, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Adult Basic Life Support. *Resuscitation*. 2025;215:110771. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110771
8. Djakow J, Turner NM, Skellett S, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 Paediatric Life Support. *Resuscitation*. 2025;215:110767. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110767
9. Semeraro F, Schnaubelt S, Olasveengen TM, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2025 System Saving Lives. *Resuscitation*. 2025;215:110821. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110821
10. Ong GY, Chen ZJ, Niles DE, et al. Poor Concordance of One-Third Anterior–Posterior Chest Diameter Measurements With Absolute Age-Specific Chest Compression Depth Targets in Pediatric Cardiac Arrest Patients. *J Am Heart Assoc*. 2023;12(14):e028418. doi:10.1161/JAHA.122.028418
11. Ikeyama T, Hozumi T, Kikuyama K, Niles D, Nadkarni V, Ito K. Chest Compression Depth Targets in Critically Ill Infants and Children Measured With a Laser Distance Meter: Single-Center Retrospective Study From Japan, 2019–2022*. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2024;25(8). https://journals.lww.com/pccmjjournal/fulltext/2024/08000/chest_compression_dept_h_targets_in_critically_ill.5.aspx
12. Decreto-Lei n.º 188/2009 de 12 de agosto. *Diário da República nº 176/98 - I Série A*. Published online 2009. <https://data.dre.pt/application/conteudo/493514>
13. Decreto-Lei n.º 184/2012 de 8 de agosto. *Diário da República nº 153/2012 Série I*. Published online 2012:4182-4183. <https://dre.pt/application/conteudo/175280>



INEM
Rua Almirante Barroso, 36
1000-013 Lisboa
Telf: +351 213 508 100

aprender.inem.pt

