

CAPÍTULO 13

RCP PEDIÁTRICO

Rodrigo Nascimento¹
Giovanna Campos Silveira¹
Marina Balod Strassacappa¹
Elisa Pacheco Estima Correia¹

¹Discentes da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

¹Liga de Pediatria da UFCSPA (LIPED)

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória; Reanimação Cardiopulmonar; Suporte Avançado de Vida.

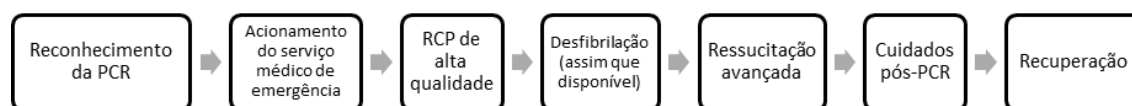
INTRODUÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

A parada cardiorrespiratória (PCR) em crianças e adolescentes tem incidência de 2,28 a 8,04 casos a cada 100.000 habitantes. Quando ocorre em ambiente intra-hospitalar, a PCR pediátrica apresenta chance de sobrevivência cerca de três vezes maior do que quando ocorre em ambiente extra-hospitalar.

As principais causas de PCR em pediatria incluem síndrome de morte súbita do lactente, trauma e causas respiratórias, diferindo daquelas encontradas em adultos. A maior parte dos casos de PCR em ambiente extra-hospitalar ocorre em casa e em bebês com menos de 1 ano de idade.

Nesse contexto, a realização da reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade é essencial para a sobrevivência dos indivíduos em situação de parada (**Figura 13.1**).

Figura 13.1 Cadeia de sobrevivência da PCR



Fonte: Modificado de “Pediatric Basic and Advanced Life Support, 2020. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”¹.

SEGURANÇA DA CENA

Ao identificar um paciente em possível parada cardiorrespiratória, a primeira conduta a ser seguida é o estabelecimento da segurança da cena, a fim de evitar que o socorrista possa sofrer danos e que o número de vítimas aumente. Medidas simples, como observação de potenciais riscos e sinalização da cena, podem evitar que novos acidentes ocorram e permitir que as manobras de RCP sejam feitas com maior qualidade, gerando maior sobrevivência às vítimas.

RECONHECIMENTO DE PARADA

Para que ocorra o reconhecimento de uma parada cardiorrespiratória, devem ser avaliados três parâmetros de uma possível vítima: responsividade, respiração e pulsos. A avaliação de tais parâmetros deve ser realizada o quanto antes, podendo ser feita simultaneamente, a fim de diminuir o tempo de espera até o início das manobras de RCP.

- **Responsividade:** é avaliada por meio de um chamamento ativo da vítima, segurando-a pelos ombros e fazendo movimentos vigorosos para avaliação da resposta. O socorrista deve chamar a vítima utilizando frases ou vocativos como “bebê”, “menina”, “menino, está tudo bem contigo?”, levando em conta a idade da criança para a sensibilidade do chamamento por voz. É importante citar que, na suspeita de trauma medular, deve-se evitar a mobilização da coluna cervical do paciente.
- **Respiração:** é avaliada pela observação dos movimentos torácicos durante a inspiração. Como muitas vezes tal visualização é dificultada pela quantidade de roupas do paciente, o socorrista pode se aproximar do nariz do paciente para tentar sentir ou ouvir a respiração da vítima, ou ainda colocar a mão sobre o tórax para sentir as incursões respiratórias. Movimentos respiratórios agônicos, também conhecidos como *gasping*, não são

considerados respiração espontânea, sendo movimentos respiratórios assíncronos, inefetivos e marcados pela presença de ruídos.

- **Pulsos:** a avaliação dos pulsos em pacientes pediátricos difere de acordo com a idade e/ou tamanho do paciente. Em lactentes, a artéria de escolha para aferição do pulso é a artéria braquial, já que existe dificuldade de averiguação do pulso carotídeo devido ao tamanho reduzido do pescoço. Já em crianças maiores e adolescentes, o pulso carotídeo é o de escolha para avaliação, devido à facilidade de acesso.

É importante lembrar que, segundo a *American Heart Association (AHA)*, a avaliação dos pulsos deve ocorrer em período inferior a 10 segundos, para não retardar o início das manobras de RCP. Nunca se deve utilizar artérias periféricas para avaliação de pulso, visto que a criança pode estar em choque (ou seja, com a circulação periférica prejudicada), mas não em parada cardiorrespiratória.

Se houver dúvida quanto à presença de pulso, deve-se considerar o paciente em PCR e iniciar as manobras de reanimação. Caso a vítima não responda aos chamamentos, não apresente respiração e não apresente pulso, podemos considerá-la em parada cardiorrespiratória e seguir para os próximos passos da conduta.

ACIONAMENTO DO SERVIÇO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

Para maiores chances de sobrevivência da vítima, é essencial que seja acionado um serviço médico de emergência que possua todo o equipamento e o conhecimento necessários para dar suporte à vítima. No Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) possui todos os requisitos para o suporte à vítima, sendo acionado por meio do número 192.

Caso haja mais de um socorrista no local da cena, o indivíduo com maior experiência no atendimento deve assumir o papel de líder e solicitar que outra pessoa faça a ligação para o SAMU, permitindo que o líder já inicie as manobras de RCP. Em caso de apenas um socorrista na cena, ele poderá realizar a ligação por meio de chamada em viva-voz, explicando a situação enquanto já inicia as compressões.

A passagem de informações para o SAMU deve ser feita de forma clara e concisa, relatando as informações imprescindíveis sobre o caso. Fatos como local do acidente, situação atual da vítima e solicitação de uma ambulância devem sempre ser citados, a fim de preparar a equipe para o atendimento.

Além disso, é imprescindível que seja solicitada a presença de um Desfibrilador Externo Automático (DEA), que deve ser trazido ao local do atendimento o quanto antes possível. Segundo o Projeto de Lei 4050/04, locais com circulação diária acima de 4 mil pessoas devem obrigatoriamente contar com a presença de um DEA, sendo exemplos: aeroportos, rodoviárias, centros comerciais, universidades, estádios de futebol, dentre outros. Dessa forma, em alguns locais, a chegada do DEA pode ocorrer antes da chegada dos serviços de emergência.

INÍCIO DA RCP

A RCP consiste em ciclos de compressões torácicas seguidas por respirações de resgate. Ao iniciar a RCP, deve-se priorizar, em sequência, as compressões torácicas, a abertura da via aérea e as respirações de resgate (*sequência C-A-B: compression–airway–breathing*)¹.

A fim de que a RCP seja de alta qualidade, são necessários os seguintes componentes: realização de compressões adequadas; minimização de interrupções entre elas; alternância de funções entre os reanimadores a cada dois minutos (ou antes, em caso de cansaço, se dois ou

mais socorristas estiverem em cena); e manutenção da proporção entre compressões torácicas e respirações de resgate adequada a cada faixa etária e ao número de reanimadores presentes (**Quadro 13.1**)^{1,2}.

Para lactentes de até um ano de idade e crianças até o início da puberdade, no caso de dois ou mais reanimadores presentes, os ciclos são de 15 compressões para 2 respirações, repetidos sequencialmente. Já no caso de apenas um reanimador presente, são preconizados ciclos de 30 compressões para 2 respirações, repetidos em sequência, de modo a minimizar as interrupções das compressões torácicas e a consequente descontinuação do fluxo sanguíneo que ocorre nos intervalos entre a alternância de funções¹.

Para adolescentes, independentemente da quantidade de socorristas no local, são realizados ciclos de 30 compressões para 2 respirações³.

Quando há apenas um reanimador em cena, ele deve alternar entre as compressões torácicas e as respirações de resgate. Já na presença de dois ou mais reanimadores, um deles se encarrega das compressões enquanto outro assume as respirações, sendo indicada a troca de funções a cada dois minutos, ou antes, em caso de cansaço¹.

A RCP deve ser continuada até a chegada do serviço médico de emergência ou até o retorno do pulso da vítima. O Desfibrilador Externo Automático (DEA) deve ser utilizado assim que disponível. O aparelho avalia o ritmo cardíaco do paciente e identifica a necessidade de desfibrilação^{4,5}.

Quadro 13.1 Componentes da RCP de qualidade

Componentes da RCP de alta qualidade
Compressões de no mínimo 1/3 do diâmetro torácico anteroposterior
Frequência de compressão de 100-120/min
Retorno total do tórax entre as compressões
Proporção compressões/ventilações adequada
Minimização de interrupções entre compressões
Alternância de funções a cada 2 min ou antes em caso de cansaço

Fonte: Modificado de “Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care”³ e “Meaney PA *et al.* Cardiopulmonary resuscitation quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association”².

COMPRESSÕES TORÁCICAS

As compressões torácicas são realizadas logo abaixo da linha intermamilar, na região esternal, com a vítima posicionada em decúbito dorsal sobre uma superfície plana e rígida. As compressões devem ter, no mínimo, um terço do diâmetro torácico anteroposterior da vítima, o que corresponde a cerca de 4 cm em lactentes, 5 cm em crianças e entre 5 cm e 6 cm em adolescentes. A frequência ideal é de 100 a 120 compressões por minuto, permitindo o retorno total do tórax entre elas.

Para os lactentes de até um ano de idade, existem duas técnicas possíveis para a realização das compressões cardíacas: a técnica dos dois dedos (**Figura 13.2**) e a técnica dos dois polegares (**Figura 13.3**).

A técnica dos dois dedos consiste em utilizar os dedos médio e indicador unidos e posicionados a 90° em relação ao tórax do paciente, realizando as compressões logo abaixo da região intermamilar, na linha média da vítima.

Já a técnica dos dois polegares, recomendada quando há mais de um reanimador em cena, consiste em entrelaçar as mãos em volta do corpo do paciente, realizando as compressões com os polegares de ambas as mãos.

Figura 13.2 Técnica dos 2 dedos para RCP em lactentes



Fonte: Autoral.

Figura 13.3 Técnica dos 2 polegares para RCP em lactentes



Fonte: Autoral.

Para crianças de um ano até o início da puberdade, podem ser utilizadas as técnicas de uma mão (**Figura 13.4**) ou de duas mãos (**Figura 13.5**).

A técnica de uma mão é preconizada para a realização das compressões em crianças menores, a fim de evitar lesões nas costelas. Ela consiste em manter-se estabilizado ao lado do paciente — seja com os dois joelhos no chão ou com o socorrista em pé, com ambos os pés em superfície firme, nos casos de reanimação intra-hospitalar — posicionando o braço dominante em posição ereta, a 90° do tórax do paciente, e a região da base da mão dominante logo abaixo da linha intermamilar, na linha média.

As compressões devem ser realizadas de modo que o cotovelo do socorrista não seja flexionado e o movimento seja feito por meio do peso do corpo do reanimador.

O processo é semelhante na técnica de duas mãos, em que a mão dominante fica por baixo da mão não dominante durante as compressões. É imprescindível que o socorrista não flexione os cotovelos nem arqueie as costas.

Para a RCP em adolescentes, é preconizada a técnica das duas mãos¹.

Figura 13.4 Técnica de uma mão para RCP pediátrico



Fonte: Autoral.

Figura 13.5 Técnica de duas mãos para RCP pediátrico



Fonte: Autoral.

É imprescindível que a contagem das compressões seja feita em voz alta no caso de dois ou mais reanimadores, para que o socorrista responsável pelas ventilações sempre saiba quando deve iniciar sua ação e evite perdas de tempo².

ABERTURA DA VIA AÉREA

A via aérea da vítima deve ser mantida pérvia durante a RCP. Para isso, a região cervical do paciente deve estar levemente em extensão, podendo ser realizadas as manobras de *chin lift* (elevação do mento – **Figura 13.6**) e *jaw thrust* (tração da mandíbula – **Figura 13.6**)¹.

Para a manobra de *chin lift*, uma das mãos do socorrista é mantida na região frontal da vítima, de modo a estabilizar a cabeça, enquanto os dedos indicador e médio da outra mão são posicionados sob o mento do paciente, elevando-o.

Já para a manobra de *jaw thrust*, o socorrista posiciona-se à cabeceira da vítima e coloca as mãos uma de cada lado da face do paciente, com os polegares próximos ao mento e os demais dedos em torno do ângulo da mandíbula, de forma a aplicar força para elevar a mandíbula anteriormente, enquanto abre a boca com os polegares⁴.

Em caso de suspeita de trauma medular, deve-se evitar a mobilização da cervical do paciente, priorizando, para isso, a manobra de *jaw thrust*¹ (**Figura 13.7**).

Figura 13.6 Manobra de chin lift



Fonte: Autoral.

Figura 13.7 Manobra de jaw thrust



Fonte: Autoral.

RESPIRAÇÕES DE RESGATE

As respirações de resgate variam na forma de execução conforme a faixa etária da vítima. As ventilações nos lactentes devem ser feitas de forma que a boca do socorrista envolva tanto a boca quanto o nariz do paciente, evitando escape de ar.

As ventilações em crianças e adolescentes devem ser feitas de forma que a boca do socorrista envolva a boca do paciente, enquanto os dedos fecham as narinas, evitando escape de ar⁶.

A ventilação deve ser contínua, permitindo que o tórax do paciente se expanda durante a ação e se retraia após o término, possibilitando a continuação das compressões cardíacas após a segunda ventilação^{2,7}.

As respirações de resgate, sempre que possível, devem ser incluídas na RCP de pacientes pediátricos. Entretanto, em caso de indisponibilidade do socorrista para realizá-las, segue-se a reanimação apenas com compressões torácicas contínuas¹.

RESSUSCITAÇÃO AVANÇADA

Na ressuscitação avançada, os sinais vitais do paciente devem ser monitorizados continuamente, devendo estar disponível, no mínimo, um acesso venoso, e o ritmo cardíaco deve ser acompanhado por meio do desfibrilador ou do monitor cardíaco⁶.

Além disso, é importante destacar o momento da intubação do paciente. Caso ele não esteja intubado antes da ocorrência da parada cardiorrespiratória, o líder do atendimento deve decidir sobre a necessidade e o momento ideal para a intubação. A pausa para reavaliação do ritmo cardíaco e administração de epinefrina pode ser utilizada para a realização da intubação, de forma que o tempo sem compressões seja minimizado¹.

A pressão cricoide durante a intubação não deve ser empregada, já que reduz as taxas de sucesso do procedimento e não diminui as taxas de regurgitação^{2,3}. A ventilação do paciente pode ser realizada utilizando apenas balão autoinflável, caso ele esteja respondendo bem ao estímulo. Quando a via aérea avançada já estiver estabelecida, as compressões devem ser realizadas de forma contínua, e as ventilações serão feitas a cada 2 ou 3 segundos (20 a 30 ventilações por minuto) utilizando a bolsa-válvula-máscara acoplada ao tubo endotraqueal⁶.

O tubo endotraqueal utilizado deve possuir cuff, pois reduz o risco de aspiração, vazamentos de ar, necessidades de troca do tubo e está associado a raras ocorrências de estenose subglótica. Para a escolha do tubo endotraqueal com cuff, a fórmula utilizada é: idade do paciente (em anos) / 4 + 3,5. A pressão de insuflação do cuff não deve ultrapassar 20 a 25 cmH₂O.

Ritmo Chocável: Caso o ritmo cardíaco do paciente seja chocável (Fibrilação Ventricular – **Figura 13.8** – ou Taquicardia Ventricular sem Pulso – **Figura 13.9**), a desfibrilação deve ser empregada imediatamente com carga de 2 J/kg, seguida por 2 minutos de RCP^{1,8,9}.

Após os 2 minutos, deve-se realizar nova leitura do ritmo cardíaco para avaliar a necessidade de um novo choque. Se o ritmo permanecer chocável, será administrado novo choque, desta vez de 4 J/kg, seguido por mais 2 minutos de RCP e administração de epinefrina 0,01 mg/kg, que será repetida a cada 3 a 5 minutos. A dose inicial de epinefrina deve ser administrada em até cinco minutos após o início das compressões torácicas. A epinefrina deve ser diluída na proporção de 1:9 (1 mL de epinefrina + 9 mL de água destilada). A via preferencial é o acesso venoso, mas, em caso de dificuldade, pode-se utilizar o acesso intraósseo para não atrasar a administração.

Após os 2 minutos de compressões cardíacas, novo choque será administrado se o ritmo permanecer chocável, podendo variar de 4 J/kg até 10 J/kg, seguido por 2 minutos de compressões e administração de antiarrítmicos (lidocaína IV 1 mg/kg ou amiodarona IV 5 mg/kg), repetidos a cada 3 a 5 minutos.

Após o terceiro ciclo de compressões, deve-se identificar e tratar possíveis causas reversíveis de PCR, caso ainda não tenham sido identificadas. As causas podem ser lembradas pelo mnemônico 6Hs e 5Ts (**Quadro 13.2**).

Quadro 13.2 Causas reversíveis de PCR em crianças

Hipoxemia	Hipoglicemia
Hipotermia	Tamponamento cardíaco
Hipovolemia	Toxinas
Hipercalemia	Trombose coronária
Hipocalemia	Trombose pulmonar
H+ (acidose)	Tensão do tórax por pneumotórax hipertensivo

Fonte: Modificado de “GONZALEZ, M. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia”¹⁰.

Se o paciente ainda permanecer em parada, novos ciclos de compressões, choques e administrações de adrenalina e antiarrítmicos podem ser empregados, sendo difícil determinarmos um tempo máximo de esforços para reversão da parada. É recomendado que pelo menos 30 minutos sejam empregados, sendo indicada a conversa com os familiares do paciente a partir

de 20 minutos de RCP, para explicar possíveis complicações causadas pela hipoxemia e o possível desfecho desfavorável.

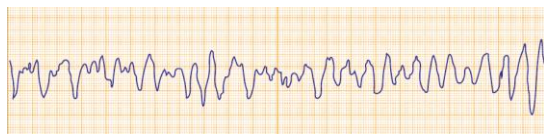
Ritmo Não-Chocável: Se o ritmo do paciente for não-chocável (assistolia – **Figura 13.10** – ou atividade elétrica sem pulso – **Figura 13.11**), a administração de epinefrina IV 0,01 mg/kg deverá ser feita assim que possível, sendo seguida por 2 minutos de RCP.

A epinefrina passará a ser utilizada a cada 3 a 5 minutos, sendo intercalada com as compressões cardíacas.

Se o ritmo do paciente, após o primeiro ciclo de reanimação, continuar sendo não-chocável, um novo ciclo de RCP de 2 minutos deverá ser empregado, considerando-se o tratamento das causas reversíveis de PCR.

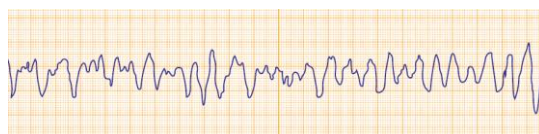
Novos ciclos de RCP e administração de epinefrina poderão ser realizados a fim de tentar reverter a parada, lembrando que desfibrilação e administração de antiarrítmicos não são empregados para ritmos não-chocáveis³.

Figura 13.8 Fibrilação ventricular



Fonte: Tratado de cardiologia SOCESP.¹¹

Figura 13.9 Taquicardia ventricular



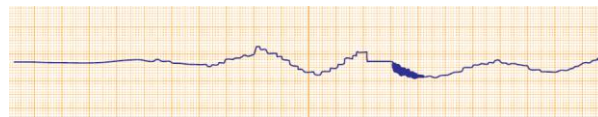
Fonte: Tratado de cardiologia SOCESP.¹¹

Figura 13.10 Assistolia



Fonte: Tratado de cardiologia SOCESP.¹¹

Figura 13.11 Atividade elétrica sem pulso



Fonte: Tratado de cardiologia SOCESP.¹¹

CUIDADOS PÓS-PCR

Conforme a duração da PCR, o tempo e a qualidade do atendimento prestado à criança, ela pode apresentar a síndrome pós-PCR¹⁰. A síndrome é caracterizada por choque e pode evoluir com disfunção orgânica múltipla e comprometimento neurológico.

Dessa forma, além do tratamento do choque, é necessária atenção para a possível ocorrência de lesões neurológicas secundárias na criança pós-PCR². Para a prevenção dessas lesões neurológicas que podem ser desencadeadas, é importante estar atento à detecção e ao tratamento precoce das convulsões pós-isquêmicas².

Os cuidados pós-PCR podem vir a diminuir significativamente a mortalidade precoce por instabilidade hemodinâmica, assim como a morbidade e mortalidade tardias em relação a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Em virtude disso, existem componentes que constituem os cuidados pós-PCR aos pacientes pediátricos, que devem ser seguidos rigorosamente⁵.

COMPONENTES DOS CUIDADOS PÓS-PCR (Quadro 13.3)**Quadro 13.3** Componentes dos cuidados pós-PCR

Componentes dos cuidados pós-PCR
Oxigenação e ventilação
Monitoramento hemodinâmico
Controle direcionado de temperatura
Neuromonitoramento
Eletrólitos e glicose

Fonte: Modificado de “Sociedade Brasileira de Pediatria. Novas recomendações para parada cardiorrespiratória (RCP) em Pediatria: Guia da American Heart Association (AHA), 2020”⁵.

1. Oxigenação e Ventilação

É importante que a oxigenação seja medida e tenha como meta a normoxemia entre 94% e 99%, ou seja, a saturação de oxigênio deve estar dentro dos valores considerados normais e adequados. Além disso, deve-se medir e estabelecer como meta uma PCO_2 compatível com o quadro clínico do paciente, de modo a limitar a exposição à hipocapnia ou à hipercapnia grave¹².

2. Monitoramento Hemodinâmico

O primeiro passo nesta etapa é definir metas hemodinâmicas específicas durante os cuidados pós-PCR e revisá-las diariamente^{13,14}. É importante monitorar alguns fatores, como descrito no **Quadro 13.4**.

Quadro 13.4 Monitoramento hemodinâmico no cuidado pós-PCR

Monitoramento hemodinâmico no cuidado pós-PCR
Telemetria cardíaca
Pressão arterial
Lactato sérico
Débito urinário
Saturação de oxigênio venoso central

Fonte: Modificado de “DEZFULIAN, C. *et al.*, 2021”¹³.

A meta de pressão arterial sistólica deve ser uma pressão superior ao percentil 5 para idade e sexo do paciente. Caso necessário, podem ser administrados bolus de fluidos parenterais e/ou medicações inotrópicas e vasopressoras, visando atingir esta meta.

3. Controle Direcionado da Temperatura

É importante medir e monitorar de forma contínua a temperatura central e evitar/tratar imediatamente a febre após a PCR e durante o reaquecimento. Além disso, deve-se evitar calafrios e monitorar a pressão arterial; em casos de hipotensão, realizar o tratamento durante o reaquecimento⁵.

4. Neuromonitoramento

Para crianças com encefalopatia, recomenda-se a realização de eletroencefalograma contínuo, quando disponível, tendo em vista que as crises não convulsivas, incluindo estado epilético não convulsivo, são comuns em pacientes pós-PCR e não podem ser detectadas sem eletroencefalografia.

As convulsões clínicas devem ser tratadas. Além disso, deve-se considerar a realização de exames de imagem do cérebro precocemente para diagnosticar as causas tratáveis da PCR⁵.

5. Eletrólitos e Glicose

É necessário, nessa etapa, manter os eletrólitos nas faixas normais para evitar possíveis arritmias com potencial letal, bem como medir a glicemia e evitar a hipoglicemia⁵.

PROGNÓSTICO PÓS-RCP

As avaliações pós-RCP podem ser modificadas por controle direcionado de temperatura ou por hipotermia induzida. É importante que a conduta terapêutica considere as várias modalidades de avaliação (clínicas e complementares), em vez de se basear apenas em um fator preditivo.

Além disso, deve-se considerar o eletroencefalograma em conjunto com outros fatores em um período de até sete dias após a PCR. Já os exames de imagem neurológicos, como tomografia e ressonância magnética, devem ser realizados durante os primeiros sete dias após o evento⁵.

Em revisão, os pontos mais enfatizados para os cuidados após a RCP, de acordo com as novas diretrizes da AHA, dizem respeito ao:

- Controle da temperatura;
- Suporte hemodinâmico;
- Controle dos níveis de oxigenação nos tecidos.

RECUPERAÇÃO

É recomendado que os sobreviventes da PCR pediátrica sejam avaliados quanto à necessidade de serviços de reabilitação, com o objetivo de promover recuperação cognitiva, física e psicológica.

A recuperação da PCR tem uma longa duração após a hospitalização inicial. As crianças que sobrevivem, em sua grande maioria, necessitarão de suporte integrado contínuo — médico, de reabilitação (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas), de cuidadores e da comunidade — no período após a PCR.

Esse suporte ao paciente pediátrico demonstra melhores resultados a longo prazo em sua recuperação. É aconselhável encaminhar os sobreviventes de PCR pediátrica para avaliação neurológica contínua por, pelo menos, um ano após o evento.

PREVENÇÃO

A prevenção da PCR e de suas complicações inclui a promoção de campanhas educativas direcionadas à população leiga, para que aprenda a reconhecer os sinais de uma PCR, acionar o serviço de emergência e fornecer uma RCP de qualidade.

Também é fundamental a realização de treinamentos tanto para profissionais da saúde quanto para a comunidade em geral, incluindo crianças do ensino fundamental e médio. Treinamentos de reforço também devem ser priorizados.

No caso do atendimento intra-hospitalar, a prevenção inclui o reconhecimento precoce e a estabilização de pacientes com risco de desenvolver PCR⁷.

REFERÊNCIAS

1. TOPJIAN, A. A.; RAYMOND, T. T.; ATKINS, D. *et al.* Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 142, n. 16, p. 469-523, out. 2020.
2. MEANEY, P. A.; BOBROW, B. J.; MANCINI, M. E. *et al.* Cardiopulmonary resuscitation quality: improving cardiac resuscitation outcomes both inside and outside the hospital: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, v. 128, p. 417-435, jul. 2013.
3. PANCHAL, A. R.; BARTOS, J. A.; DONNINO, M. W. *et al.* Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 142, n. 16, p. 366-468, out. 2020.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
5. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Novas recomendações para parada cardiorrespiratória (RCP) em Pediatria: Guia da American Heart Association (AHA) 2020. Abr. 2021.
6. REIS, A. G.; DE VASCONCELLOS, M. C. Ressuscitação cardiopulmonar pediátrica. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n. 2, p. 159-167, 1999.
7. MERCHANT, R. M.; TOPJIAN, A. A.; PANCHAL, A. R. *et al.* Part 1: executive summary: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 142, (suppl 2): In press, 2020.
8. DA SILVA, W. M.; SANTOS, M. P.; SILVA, C. A. O. *et al.* Atualizações em parada cardiorrespiratória pediátrica: uma revisão. *International Journal of Development Research*, v. 11, n. 5, p. 47001-47005, mai. 2021.
9. MORLEY, P.; ATKINS, D.; FINN, J. M. *et al.* Evidence-evaluation process and management of potential conflicts of interest: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, v. 142, (suppl 1): In press, 2020.
10. GONZALEZ, M.; TIMERMAN, S.; GIANOTTO-OLIVEIRA, R. *et al.* I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia [Internet]*, v. 101, n. 2, p. 1-221, aug. 2013.
11. SHIMODA-SAKANO, T. M.; SCHVARTSMAN, C.; REIS, A. G. *et al.* Epidemiology of pediatric cardiopulmonary resuscitation. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro) [Internet]*, v. 96, n. 4, p. 409-421, jul. 2020.
12. JATENE, I. B.; FERREIRA, J. F. M.; DRAGER, L. F. *et al.* Tratado de cardiologia SOCESP. 5 edição. Editora Manole, 2022.
13. MICHELSON, K. A.; HUDGINS, J. D.; MONUTEONUTEAUX, M. C. *et al.* Cardiac Arrest Survival in Pediatric and General Emergency Departments. *Pediatrics*, v. 141, n. 2, e20172741, fev. 2018.
14. DEZFULIAN, C.; ORKIN, A. M.; MARON, B. A. *et al.* Opioid-Associated Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Distinctive Clinical Features and Implications for Health Care and Public Responses: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, v. 143, n. 16, p. e836-e870, abr. 2021.