

**ATENDIMENTO PEDIÁTRICO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: ANÁLISE DOS
PROTOCOLOS DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA E DESENVOLVIMENTO DE UM
APLICATIVO DE APOIO MÉDICO**

**PEDIATRIC EMERGENCY CARE: ANALYSIS OF BASIC LIFE SUPPORT PROTOCOLS
AND DEVELOPMENT OF A MEDICAL SUPPORT APPLICATION**

**ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE PROTOCOLOS BÁSICOS DE
SOPORTE VITAL Y DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN DE SOPORTE MÉDICO**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-366>

Data de submissão: 27/10/2025

Data de publicação: 27/11/2025

Rafaella Petrykoski de Matos

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Pato Branco (UNIDEP)

Endereço: Paraná, Brasil

E-mail: Rafaellapetrykoski@gmail.com

Tatiane Dolinski

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Pato Branco (UNIDEP)

Endereço: Paraná, Brasil

E-mail: Tatiane_dolinski@hotmail.com

Gabrielli Bashung Socha

Mestre em Ensino em Saúde

Instituição: UNIFENAS

Endereço: Paraná, Brasil

E-mail: gabrielli.socha@unidep.edu.br

RESUMO

As crianças são altamente vulneráveis a situações de urgência e emergência, especialmente em ocorrências domésticas como asfixia, queimaduras e traumas. Muitos médicos não se sentem preparados para o atendimento pediátrico de urgência, o que compromete a segurança assistencial. Este estudo transversal, de abordagem quali-quantitativa, investigou as percepções de médicos não pediatras sobre atendimentos de emergência pediátrica em Unidades Básicas de Saúde de Pato Branco-PR. Foram aplicados questionários a 13 profissionais, com análise de protocolos da Sociedade Brasileira de Pediatria, PALS e NALS. Os resultados mostraram que 61,5% relataram insegurança e 69,2% destacaram dificuldade em relação ao cálculo de doses de medicamentos. Com base nessas demandas, foi proposto o desenvolvimento de um aplicativo móvel (DoctorPED) e uma régua pediátrica para consulta rápida em situações críticas. Conclui-se que a insegurança no atendimento pediátrico está relacionada à ausência de treinamentos específicos e de materiais de apoio prático, reforçando a necessidade de inovações tecnológicas acessíveis

Palavras-chave: Urgência Pediátrica. Emergência. Protocolos Clínicos. Aplicativos Médicos. PALS.

ABSTRACT

Children are highly vulnerable to urgent and emergency situations, especially in domestic occurrences such as asphyxiation, burns, and trauma. Many doctors do not feel prepared for pediatric emergency care, which compromises patient safety. This cross-sectional study, with a qualitative-quantitative approach, investigated the perceptions of non-pediatrician physicians regarding pediatric emergency care in Primary Health Units in Pato Branco-PR. Questionnaires were applied to 13 professionals, with analysis of protocols from the Brazilian Society of Pediatrics, PALS, and NALS. The results showed that 61.5% reported insecurity and 69.2% highlighted difficulty in calculating medication doses. Based on these demands, the development of a mobile application (DoctorPED) and a pediatric ruler for quick consultation in critical situations was proposed. It is concluded that insecurity in pediatric care is related to the lack of specific training and practical support materials, reinforcing the need for accessible technological innovations.

Keywords: Pediatrics. Urgency. Emergency. PALS. NALS. Doctors.

RESUMEN

Los niños son altamente vulnerables a situaciones urgentes y de emergencia, especialmente en incidentes domésticos como asfixia, quemaduras y traumatismos. Muchos médicos no se sienten preparados para la atención de urgencias pediátricas, lo que compromete la seguridad del paciente. Este estudio transversal, con un enfoque cualitativo-cuantitativo, investigó las percepciones de médicos no pediatras sobre la atención de urgencias pediátricas en Unidades de Atención Primaria de Salud en Pato Branco, Paraná. Se aplicaron cuestionarios a 13 profesionales, con análisis de protocolos de la Sociedad Brasileña de Pediatría, PALS y NALS. Los resultados mostraron que el 61,5% reportó inseguridad y el 69,2% destacó la dificultad para calcular las dosis de medicamentos. A partir de estas necesidades, se propuso el desarrollo de una aplicación móvil (DoctorPED) y una regla pediátrica para la consulta rápida en situaciones críticas. Se concluye que la inseguridad en la atención pediátrica está relacionada con la falta de capacitación específica y materiales de apoyo prácticos, lo que refuerza la necesidad de innovaciones tecnológicas accesibles.

Palabras clave: Pediatría. Urgência. Emergência. PALS. NALS. Médicos.

1 INTRODUÇÃO

A Pediatria, derivada das palavras gregas *paidós* (criança) e *iatreia* (processo de cura), configura-se como a especialidade médica voltada ao acompanhamento do indivíduo desde o nascimento até os 19 anos completos (FERREIRA, 2010). Trata-se de um período do desenvolvimento humano marcado pela elevada incidência de urgências clínicas e traumáticas, as quais exigem intervenções qualificadas e tempestivas (ZANONI, 2019). Nessas circunstâncias, urgências e emergências caracterizam-se como situações de risco iminente à vida, que demandam diagnóstico e tratamento imediatos com o objetivo de preservar as funções vitais (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

No entanto, o atendimento de pacientes pediátricos apresenta especificidades que ultrapassam a simples adaptação dos protocolos utilizados na população adulta. As particularidades anatômicas, fisiológicas e comportamentais da criança e do adolescente impõem desafios singulares aos profissionais da saúde, cujas experiências prévias no atendimento a adultos nem sempre são plenamente aplicáveis.

No contexto brasileiro, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui-se como o principal responsável pelo atendimento pré-hospitalar, atuando ininterruptamente com o propósito de reduzir óbitos e sequelas decorrentes de agravos agudos (ZANONI, 2019). O serviço, acessado pelo número nacional 192, é gratuito e composto por equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. Entre os atendimentos realizados pelo SAMU, incluem-se pacientes de 0 a 19 anos, classificados como pediátricos e frequentemente acometidos por traumas automobilísticos, acidentes domiciliares, situações de abuso físico ou sexual, afogamentos, choques, quedas, crises convulsivas não diagnosticadas, presença de corpo estranho em cavidades e homicídios (ZANONI, 2019).

Diante das peculiaridades e complexidades inerentes ao atendimento pediátrico, torna-se essencial compreender os medos, inseguranças e dificuldades vivenciadas por médicos não pediatras que atuam em cenários de urgência e emergência. Nesse sentido, o presente estudo objetiva identificar tais particularidades, bem como subsidiar o desenvolvimento de um aplicativo e de uma régua autocolante destinados a auxiliar os profissionais de saúde na condução de situações adversas envolvendo pacientes pediátricos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Pediatria, reconhecida como o campo médico incumbido da assistência integral ao indivíduo desde o nascimento até os 19 anos completos, estrutura-se sobre pressupostos que abrangem tanto a intervenção terapêutica quanto a promoção sistemática e a salvaguarda contínua da saúde infantil e

juvenil, conforme delineado na literatura clássica da área (FERREIRA, 2010). Trata-se de uma etapa do desenvolvimento humano caracterizada por um dinamismo fisiológico e comportamental singular, circunstância que torna essa população particularmente suscetível a agravos agudos e a intercorrências clínicas de elevada complexidade.

O predomínio de situações que demandam respostas imediatas evidencia a magnitude das exigências técnicas impostas ao atendimento pediátrico, sobretudo diante da vulnerabilidade intrínseca às diferentes fases do crescimento e maturação (ZANONI, 2019). Ademais, a conceituação das urgências e emergências como eventos que configuram risco iminente e substancial à vida, exigindo, por conseguinte, diagnóstico acurado e intervenções terapêuticas instituídas sem delongas, destaca a imprescindibilidade de preservar a integridade das funções vitais por meio de condutas precisas e tempestivas (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Importa salientar que o manejo pediátrico não admite a mera transposição das diretrizes concebidas para o atendimento de adultos, uma vez que crianças e adolescentes apresentam características anatômicas, fisiológicas e emocionais que lhes conferem uma identidade clínica própria. Tais particularidades tornam imperativa a formulação de protocolos específicos e demandam profissionais dotados de competência técnica, sensibilidade interpretativa e capacidade de adaptação às nuances que permeiam esse espectro etário. Assim, dominar as singularidades do paciente pediátrico constitui prerrogativa indispensável para o exercício qualificado das práticas emergenciais.

No panorama brasileiro, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ocupa posição central na estrutura da assistência pré-hospitalar, operando de maneira ininterrupta e universalmente acessível por meio do número 192. Composto por equipes multiprofissionais devidamente habilitadas, o serviço presta atendimento a uma ampla gama de situações agudas, entre as quais se incluem eventos traumáticos decorrentes de acidentes automobilísticos, acidentes domésticos diversos, episódios de violência física ou sexual, afogamentos, choques, quedas, crises convulsivas de etiologia não estabelecida, introdução de corpos estranhos em cavidades e circunstâncias associadas a homicídio (ZANONI, 2019). A heterogeneidade desses agravos evidencia a complexidade do cenário que se impõe aos profissionais atuantes na linha de frente.

Nesse contexto, médicos não especialistas em Pediatria frequentemente se veem imersos em dilemas técnicos, hesitações práticas e lacunas de conhecimento que podem comprometer a segurança e a efetividade do atendimento inicial. A identificação rigorosa dessas fragilidades configura, portanto, passo fundamental para o aperfeiçoamento da assistência em urgências e emergências pediátricas. Além disso, constitui subsídio para o desenvolvimento de instrumentos de apoio, como aplicativos e demais materiais de apoio, destinados a auxiliar a tomada de decisão em situações críticas,

contribuindo, assim, para a qualificação do cuidado prestado e para a mitigação de desfechos adversos.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DA PESQUISA

O presente artigo, trata de um estudo transversal aplicado, com abordagem quali-quantitativa, por meio de pesquisa de campo com o intuito de identificar os medos e anseios dos médicos não pediatras em relação ao atendimento pediátrico de urgência e emergência. Para esse estudo, elaboramos um questionário contendo 15 questões (apêndice 2), os quais foram entregues e respondidos pelos médicos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Pato Branco, PR.

3.2 DELINEAMENTO

O questionário foi idealizado voltado aos médicos, que realizaram residência ou não e trabalham nas UBS's de Pato Branco, PR. O critério de exclusão foram profissionais médicos que realizaram residência, especialização ou subespecialidade no ramo da pediatria, ou quaisquer outros profissionais de saúde.

O intuito do questionário foi conhecer como está o preparo dos médicos em relação ao atendimento pediátrico de urgência e emergência nas UBS.

Foram feitas perguntas pessoais a respeito da formação do médico (idade, ano de formação, especialidade, como considera o seu atendimento em relação a pediatria...) e o preparo das equipes com quem trabalha. Além disso, há tópicos relativos a especializações complementares, onde os médicos puderam descrever os cursos que realizaram, ou se possuem alguma especialização em medicina de emergência.

3.3 COLETA DE DADOS

Em relação à coleta de dados, os formulários foram entregues pessoalmente, dando início as pesquisas de campo na data de 23 de agosto de 2022, e término no dia 5 de setembro de 2022.

Antes da entrega do formulário, realizamos uma breve explicação para cada participante sobre os motivos e inspirações do tema escolhido, concomitante a isso, realizávamos a entrega do termo de consentimento livre e esclarecido. Durante o preenchimento do formulário foram realizadas explicações sobre as perguntas quando necessário.

Foram contabilizados 21 possíveis participantes do estudo, mas alguns se negaram a participar, alegando falta de tempo, que não agregariam a pesquisa por falta de atuação com pacientes pediátricos e simplesmente por não desejar participar de um estudo acadêmico. Então ao todo 13 formulários

foram aplicados, os quais as respostas foram adaptadas conforme suas semelhanças para facilitar a quantificação dos dados.

3.4 MÉTODOS DE ANÁLISE

Os dados coletados foram organizados e computados em uma planilha de criação própria, bem como a análise dos dados e suas representações gráficas. As respostas dos questionários foram avaliadas de modo quali-quantitativas, assim encaixadas nos padrões que mais se pareciam para facilitar a sua análise, e posteriormente foram descritas em porcentagem.

3.5 ASPETOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Pato Brando (UNIDEP), com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 58740622.1.0000.9727. Todos os médicos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE respectivamente Apêndice 1).

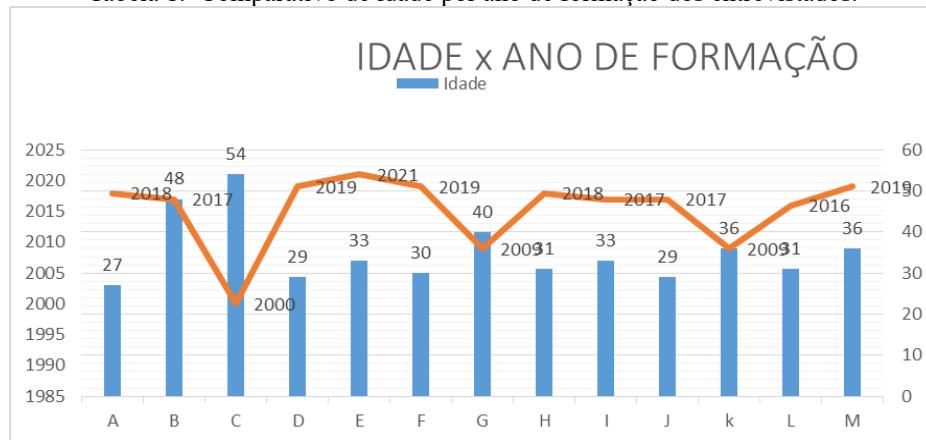
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões de um artigo devem ser apresentados de maneira clara e organizada, com base nos dados coletados e nas análises realizadas durante o estudo. Inicialmente, os resultados devem ser apresentados de forma objetiva e concisa, utilizando tabelas, gráficos e estatísticas, se aplicável, para destacar as principais descobertas. Em seguida, na seção de discussão, os resultados são interpretados à luz da literatura existente, destacando semelhanças, diferenças e implicações para a teoria e prática.

Além disso, são discutidas as limitações do estudo e possíveis direções para pesquisas futuras. É fundamental que tanto os resultados quanto a discussão sejam fundamentados em evidências sólidas e que contribuam significativamente para o avanço do conhecimento sobre o tema abordado.

Em relação a idade dos médicos atuantes que participaram do estudo com o ano de formação dos mesmos, utilizando os dados coletados pelo questionário, obtemos as seguintes informações:

Tabela 1. Comparativo de idade por ano de formação dos entrevistados.



Fonte: Elaborada pelos autores com base nas respostas do questionário aplicado, 2023.

Analisando, em relação ao ano de formação, obtivemos dados de médicos formados entre os anos de 2000 a 2021. Quanto a idade, há uma variação de 27 anos o mais jovem, até 54 anos o médico mais velho a ser analisado.

Dos 13 médicos que se submeteram a responder o questionário aplicado, em relação a suas especializações, observamos, 1 acupunturista, 3 com residência em Medicina da família e comunidade e 9 generalistas.

Quando questionados em relação a sua própria análise quanto ao atendimento pediátrico de urgência e emergência, 69,23% consideram seu atendimento como “bom”, enquanto 30,76% consideram como “Regular”.

Em relação às respostas sobre como se sentem em relação ao tipo de atendimento pesquisado, 61,53% responderam que se consideram “inseguros”, 23,07% “pouco preparados”, 7,69% “ansiosos” e 7,69% se sentem “tranquilos por possuírem muita experiência”.

Sobre as principais dificuldades em relação ao atendimento pediátrico de urgência e emergência (APUE), 69,23% afirmaram que seu principal anseio é o “cálculo de doses de medicamentos de urgência”, 15,38% afirmaram que seu medo é “procedimentos invasivos (Intubação orotraqueal (IOT) e cateter venoso central (CVC))”, 7,69% referem ser a “perda de contato com os pacientes e de experiência devido à pandemia de COVID-19”, além disso, outros 7,69% anseiam a “falta de prática em relação ao APUE”.

Quando questionados se há mecanismos de rápido acesso para consultas em seu local de trabalho, 76,92% responderam que “sim, aplicativos”; 15,38% responderam somente “sim” e 7,69% responderam “não”.

Sobre a quem o entrevistado recorre em situações onde não soubesse como proceder, 61,53% das respostas, referem que solicitariam ajuda “a algum pediatra experiente ou APP (aplicativo)”, os

outros 38,46% referem que “encaminharam o paciente para referência ou solicitaram ajuda/apoio do SAMU”.

No que se refere a sua própria capacidade, confiança e segurança para realizar atendimentos de urgência e emergência pediátricos, 46,15% responderam que se sentem “parcialmente capacitados”, 30,76% responderam “não” que não se sentem capacitados e 23,07% responderam que “sim” que se sentem capacitados.

Quando questionados sobre suas percepções em relação ao conhecimento da equipe, se apresentam aptidão e preparo para auxiliar em APUE, 46,15% dos entrevistados responderam que “Não”. 23,07% assumiram que “Sim, mas com limitações”. 15,38% afirmaram que “Sim” e os outros 15,38% responderam que “parcialmente”.

Sobre a faculdade dos entrevistados, foi questionado se haviam aulas especialmente voltadas para este tipo de atendimento e se eram produtivas, 76,92% afirmaram que “Sim” enquanto 23,07% responderam que “Não”.

Relativo à questão chave: “qual seu principal medo em relação a este tipo de atendimento”, houveram variados tipos de respostas, como: complicações graves e óbito; erros de diagnóstico e condutas; IOT; não saber fazer o diagnóstico; perder o paciente; não conseguir ajudar o paciente; falta de equipamento; perder um paciente pediátrico e CVC; manejo dos pacientes pediátricos; doses de medicamentos; dificuldade no diagnóstico e desespero da equipe; não obter êxito/oferecer a melhor conduta e por fim, novamente, errar a conduta.

Também foram questionados sobre terem presenciado situações onde não sabiam quais protocolos usar ou quais medicamentos usar para pediatria, 53,84% responderam que “Sim” e 46,15% responderam que “Não”.

Em relação à pergunta sobre quais protocolos seu local de trabalho usa para atendimentos de urgência e emergência pediátrica, houve 53,84% de respostas como “Nenhum”; 30,76% respostas como “PALS”; 7,69% responderam “Manchester” e os 7,69% restantes responderam “Não sei”.

Atualmente, as referências mais utilizadas são a Sociedade Brasileira de Pediatria para o suporte avançado de recém-nascidos (RN), e o Pediatric Advanced Life Support (PALS) para crianças acima de 1 ano e o Basic Life Support (BLS) para os jovens e adultos.

Posto isso, é notória a existência de divergência entre os protocolos, que além do público alvo ser direcionado pela idade dos pacientes, algumas condutas também diferem entre si, por exemplo: para os RN quem comanda a conduta é a FC, se essa for abaixo de 100 batimentos por minuto (bpm), é iniciada a VPP. Entretanto, se a FC estiver abaixo de 60 bpm, é recomendado realizar uma ventilação de resgate e posteriormente iniciar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) que consiste na VPP

associada a compressões torácicas (CT). E desse modo a conduta vai sendo moldada de acordo com a FC e a responsividade do RN, que são checados a cada 30 segundos.

Assim como na neonatologia, na pediatria, os pacientes também devem ser avaliados levando em consideração sua circulação, vias aéreas, respiração, gravidade, intervenção e condutas a serem tomadas, mas a FC deixa de ser a mandatória da conduta.

Em comparação dos atendimentos pediátricos com o atendimento ao adulto, em situações de urgência e emergência, pouco se difere na ordem dos procedimentos realizados, sendo a principal discrepância as dosagens de medicamentos e o tamanho dos materiais a serem utilizados.

Quando questionados sobre conhecimento das manobras básicas de urgência e emergência e como aplicá-las, 100% dos entrevistados responderam “Sim”.

Relativo ao questionamento de possuírem alguma dificuldade ou anseio na aplicação das manobras supracitadas, 61,53% responderam “Não”; 23,07% responderam que “Sim”. Outros 7,69% responderam “Sim, IOT” e os restantes 7,69% responderam “Sim, medicações”.

Quanto ao questionamento sobre já terem realizado IOT pediátrica e em relação às dificuldades apresentadas, houve novamente diversas respostas. Somente 6 dos entrevistados afirmaram já terem realizado IOT pediátrica, e sobre as dificuldades apresentadas, referiram: “Dificuldade de Acesso Venoso Periférico (AVP) na emergência para infusão de doses”; “Lâmina e laringoscópio”; “Todo IOT é difícil pelo tamanho da via aérea”; “Manejo da via aérea em prematuros”; e “Muito tempo sem realizar IOT pediátrica”. O restante dos entrevistados referiu nunca terem realizado IOT pediátrica. Todavia, os entrevistados esqueceram de citar a “VPP com Bolsa – máscara – válvula” como uma segunda opção para resolver, ou pelo menos amenizar o desconforto respiratório, garantindo a oxigenação do paciente, visto que hipóxia é uma das principais causas de morte do paciente pediátrico.

Como foi relatado pelos entrevistados, há um grande anseio pela escolha de materiais e drogas a serem utilizadas, além do manejo correto dos equipamentos. Ambos os protocolos supracitados contam com tabelas e fluxogramas que contribuem no entendimento dos padrões vitais essenciais e auxiliam na escolha de drogas, materiais e manobras a serem executadas.

Ademais, sobre possuírem treinamentos para APUE, 53,84% das respostas foram “Sim” e os 46,15% restantes responderam “Não”.

Com base nos resultados apresentados, podemos notar que a grande maioria dos médicos que participaram da pesquisa, referem falta de conhecimentos sobre os protocolos que seu local de trabalho utiliza, sendo essa uma falha com necessidade iminente de mudança que poderia ser solucionada com a oferta de treinamento adequado e de materiais especializados.

Por fim, em relação a nossa questão chave para análise “quais são seus medos e anseios em relação ao APUE” a grande maioria dos entrevistados relatam medos relacionados a dosagem de medicamentos, procedimentos invasivos de urgência e emergência e óbito.

5 CONCLUSÃO

Com base nos dados apresentados acima, concluímos que grande maioria dos médicos entrevistados se sente inseguro, com medo e pouco preparados para realizarem atendimentos de urgência e emergência em pacientes pediátricos. Além disso, poucos possuem o treinamento necessário para fazê-lo.

Ainda, observamos a existência de um grande tabu em relação a este tipo de atendimento, fazendo com que os médicos se sintam mais ansiosos e receosos em relação ao mesmo.

Finalmente, notamos a existência de uma falha voltada as aulas relacionadas ao atendimento pediátrico de urgência e emergência ainda na faculdade, o qual foi relatado por diversos participantes em seus formulários e citado durante o preenchimento dos mesmos, onde referiram que além de haver poucas aulas, estas eram básicas e sem o aprofundamento necessário.

Sendo este, um grave erro em uma sociedade onde priorizam e generalizam o atendimento de urgências e emergência voltadas ao paciente adulto, prejudicando não somente o médico em sua formação, mas todos os seus futuros pacientes.

Além dos profissionais médicos, também foi referido por outros profissionais da equipe, como enfermeiros e técnicos de enfermagem, que relataram um grande despreparo em seus cursos e grandes medos e anseios para o momento do atendimento, onde o conhecimento é soberano.

Apesar do conhecimento relacionado a urgência e emergência pediátricas ser encontradas em protocolos e diretrizes, notamos a falta de um material sucinto e de rápido acesso para ser utilizado durante a emergência. O qual possa ser usado por qualquer profissional de saúde que se depare com alguma dúvida do APUE.

Com a evolução da tecnologia, existem plataformas e alguns aplicativos que podem auxiliar nessa busca, mas ambos são compostos por textos e longas informações, ainda assim, não saciando a falta de um material direcionado e sucinto, deixando claro a grande necessidade da criação de aplicativos modernos, de rápido acesso que possam ser utilizados na atuação de urgências e emergência pediátricas.

Inspiradas nessa falha, surgiu a criação de um aplicativo formulado com base nas maiores dificuldades demonstradas pelos médicos participantes da pesquisa. Denominado DoctorPED, o APP, contendo fluxogramas e guias para o APUE, está disponível primeiramente para Android e com a

realização de uma análise de adesão, poderá ser feita a disponibilização para as demais plataformas de download, desse modo, sendo capaz de oferecer um auxílio aos profissionais da saúde durante a atuação na urgência e emergência.

Além disso, criamos um adesivo em forma de régua pediátrica composta por alguns lembretes do APUE. A qual foi entregue às unidades de saúde de Pato Branco que participaram do estudo, onde, além de auxiliar como elemento lúdico nos consultórios, contém dados de uso imprescindível em momentos de urgência e emergência, favorecendo ainda mais a fluidez e sucesso de possíveis atendimentos.

Além disso, as universidades também poderiam atuar de uma forma complementar em relação ao aprendizado em situações pediátricas de urgência e emergência.

Como citado anteriormente, os acadêmicos são contemplados com aulas voltadas ao atendimento de APUE, contudo, talvez possamos notar uma falha neste tipo de aprendizado, pois podemos notar com os resultados da pesquisa supracitada, após a formação a maioria dos médicos possui algum tipo de anseio em relação ao seu atendimento.

Como sugestão, um maior incentivo a realização de projetos de extensão voltados ao atendimento pediátrico de urgência e emergência.

Ainda, outra possibilidade seria a ampliação no número de aulas práticas dos acadêmicos de medicina, ou a inserção destes acadêmicos mais precocemente possível no cenário de atuação voltada ao APUE.

Assim, desejamos proporcionar uma melhoria na visão dos futuros médicos em relação ao atendimento de APUE.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, MFB; GUINSBURG R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>
- BARACAT, E.C.E. Protocolos de triagem e classificação de risco em emergência pediátrica. **Revista Paulista de Pediatria**, v.34, n.3, p. 249–250, 2016.
- BRASIL. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETÁRIA DE ATENÇÃO À SAÚDE). **Protocolos de Suporte Básico de Vida Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.** Brasília: Ministério da Saúde: 2º ed, 2016.
- BRASIL (CONSTITUIÇÃO/ 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. p. 498. 2016.
- CARVALHO, PRA; TORREÃO, LA. Aspectos éticos e legais na emergência. **Jornal de pediatria**, v. 75. Supl 2, p. S307–S314, 1999.
- COUTINHO, AAP; CECÍLIO, LCO; MOTA, JAC. Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. **Revista Médica De Minas Gerais**, v. 22, n. 2, p. 188–198, 2012.
- Disque,Karl. **PALS Pediatric life support. Provider Handbook.** Satori Continuum Publishing, 2021.
- FERREIRA, A. B. DE H. **Dicionário da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo: [s.n.].
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários.** Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ. P143. 2005. <https://doi.org/10.7476/9788575413784>
- GUEDES, H. T. V. PARECER CREMEB No 23/13 (Aprovado em Sessão Plenária de 25/06/2013) **EXPEDIENTE CONSULTA No 209.681/2011.** ASSUNTO: Idade limite de paciente que deve ser atendido por pediatra e/ou cirurgião-pediatra. 2011.
- MELO, MCB.; VASCONCELLOS, MC. **Atenção às urgências e emergências em pediatria.** Belo Horizonte: Escola de Sude Publica do Estado de Minas Gerais. p400. 2005.
- PALS. **Suporte Avançado de Vida em Pediatria.** Manual do Profissional PALS da American Heart Association e American Academy of Pediatrics. 2010.
- SÁ, RA. MELO, CL; DELFIM, LV. **Acesso vascular por via intraóssea em emergências pediátricas.** Rev Bras Ter Intensiva. v. 24, n. 4. p. 407- 414. 2012.

THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. **Advanced trauma life support - ATLS. The journal of trauma and acute care surgery.** Anais...Chicago: 2018 Disponível em: <<https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>>

VAN DE VOORDE, P. et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: **Paediatric Life Support. Resuscitation**, v. 161, p. 327–387, 2021.

ZANONI, F. **Perfil do atendimento pré-hospitalar dos pacientes pediátricos no Rio Grande do Sul.** [s.l.] Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, 2019.