

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v3.10>

**DESAFIOS ENFRENTADOS NA ALA PEDIÁTRICA NO ATENDIMENTO DE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA****CHALLENGES FACED IN THE PEDIATRIC WARD IN URGENT AND
EMERGENCY CARE****ANNA LYVIA MESSIAS MOREIRA**

Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário Facisa (UNIFACISA)- Campina Grande/PB¹

GUSTAVO GADELHA PEREIRA

Graduando em Medicina pela Faculdade Educação de Jarú (FIMCA) - Jarú/RO²

FELIPE GONÇALVES HOLANDA

Graduando em Medicina pela Faculdade Educação de Jarú (FIMCA) - Jarú/RO²

AMANDA BATISTA DE SOUSA

Graduanda em Medicina pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - São Paulo/SP³

FERNANDA SAORI KURAHASHI

Graduanda em Medicina pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - São Paulo/SP³

FLÁVIA CAVALCANTE DE OLIVEIRA

Graduanda em Medicina pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - São Paulo/SP³

DANIEL MENDES DE SOUSA SÁ

Médico pela Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE) - João Pessoa/PB
Pós-graduado em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) - São Paulo/SP

Membro da Sociedade Brasileira de Medicina da Obesidade (SBEMO) - Florianópolis/SC⁴

RESUMO

Objetivo: Destacar as emergências pediátricas, tais como diarreia, desidratação, traumatismo cranioencefálico e pneumonias, e os principais obstáculos para seu aprimoramento.

Metodologia: Trata-se de um estudo integrativo acerca das Emergências Pediátricas em atendimentos de urgência a partir de um levantamento bibliográfico na base de dados PubMed por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Emergências”, “Pediátricas” e “Emergências Pediátricas”.

Resultados e Discussão: A classificação precisa das emergências pediátricas é vital para evitar sobrecargas em hospitais públicos e privados, mas há escassez de estudos sobre o perfil dos pacientes e sua classificação de risco. **Considerações finais:** A pesquisa destaca a necessidade de adotar procedimentos e diretrizes para diferenciar situações

emergenciais e não emergenciais, visando encaminhar os casos não urgentes para outros serviços e reduzir a sobrecarga nas emergências pediátricas.

Palavras-chave: Emergência; emergência pediátrica; atendimento de urgência.

ABSTRACT

Objective: Highlight pediatric emergencies, such as diarrhea, dehydration, traumatic brain injury and pneumonia, and the main obstacles to their improvement. **Methodology:** This is an integrative study about Pediatric Emergencies in urgent care based on a bibliographic survey in the PubMed database using the Health Sciences Descriptors (DeCS): “Emergencies”, “Pediatrics” and “Emergencies Pediatrics.” **Results and Discussion:** The accurate classification of pediatric emergencies is vital to avoid overloads in public and private hospitals, but there is a lack of studies on the profile of patients and their risk classification. **Final considerations:** The research highlights the need to adopt procedures and guidelines to differentiate emergency and non-emergency situations, aiming to refer non-urgent cases to other services and reduce the overload in pediatric emergencies.

Keywords: Emergency; pediatric emergency; urgent Care.

1. INTRODUÇÃO

A emergência pediátrica demanda cuidado imediato devido ao risco de vida, exigindo que os serviços estejam completamente equipados para resolver qualquer quadro agudo. Logo cabe à equipe responsável definir o diagnóstico, monitoramento e realização de procedimentos, seguindo protocolos específicos. A aplicação de diretrizes padronizadas é crucial para uniformizar condutas e capacitar o corpo médico desde a chegada da criança ao hospital.

Nesse sentido, o setor de emergência pediátrica enfrenta sobrecarga devido à alta demanda, predominantemente composta por casos de baixa prioridade, o que prejudica o atendimento de casos urgentes. A imediata busca dos pais pela emergência muitas vezes desconsidera outras opções, como as UPAs, que poderiam lidar com casos menos graves e aliviar a carga do setor de emergência, comprometendo o acesso eficiente ao cuidado de crianças que necessitam de atendimento imediato.

A implantação de programas e sistemas convencionados, iniciada na década de 60 do século XX, a respeito da assistência emergencial cardiorrespiratória e de ressuscitação cardiopulmonar, minimizou as situações de risco de vida. Na década de 80, foi padronizado o atendimento pediátrico e neonatal para ressuscitação cardiopulmonar (RCP) denominado Suporte Básico de Vida e Suporte Avançado de Vida Pediátrico. Esses cursos de treinamento

em RCP pediátrica foram introduzidos no Brasil, a partir de 1998, pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, em convênio com a Sociedade Brasileira de Pediatria, priorizando a capacitação do profissional (TACSI, 2004).

A pesquisa sobre os vieses da emergência pediátrica surge da escassez de estudos nesse tema, destacando uma área pouco explorada. Seu objetivo foi identificar as emergências pediátricas e os principais obstáculos para seu desenvolvimento completo.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, com dados advindos de periódicos virtuais e literatura especializada. Este capítulo foi selecionado e dividido em categorias de acordo com a seguinte questão norteadora: Quais as principais queixas e desafios enfrentados na ala pediátrica no atendimento de urgência e emergência ?

As categorias foram divididas em: 1) Diarreias e Desidratação; 2) Traumatismo Cranioencefálico (TCE); 3) Pneumonias.

Foi feita uma pesquisa sistemática em periódicos virtuais, a partir de artigos científicos retirados das bases de dados PubMed e Scielo publicados em língua portuguesa, e bibliografias entre os anos de 2004 a 2023. Os descritores aplicados foram: “Emergências Pediátricas”, “Emergência”, “Diarreia”, “Traumatismo Cranioencefálico”, “Pneumonia”.

Foram selecionados anteriormente 53 artigos a partir dos descritores pesquisados, desses apenas 7 artigos tiveram temática mais eficaz para o capítulo, pois continham um enfoque mais específico com relação à pergunta norteadora. Também foram utilizados guideline para atualização do profissional atuante na área, o que ajudou a compor o presente capítulo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As emergências pediátricas vêm ganhando notoriedade tanto pela a população que busca um serviço mais especializado para aquele sofrimento agudo do familiar, quanto pela medicina. Isso é tão verdade que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) retornou a emergência pediátrica uma área de atuação para os profissionais médicos especializados em pediatria. Em meados de 2002, os pediatras formados realizavam mais um ano opcional em emergência pediátrica. Com a implementação e reavivamento da residência neste campo de

atuação, por volta do ano de 2015, às emergências pediátricas ganham certo grau de notoriedade e interesse entre os profissionais médicos. (SBP,2015)

Diante disso, esse maior reconhecimento da atuação do médico pediatra nessa área, corrobora para o fortalecimento dessa especialidade pujante na sociedade brasileira, bem como mundial. Dados do Ministério da Saúde (MS) mostram que cerca de 300 mil chamadas de pacientes foram recebidas com alguma urgência no período de março de 2015 e janeiro de 2016, nesse intervalo foram feitos cerca de 72000 atendimentos em unidades de urgência especializadas e 81000 em unidades pronto especializadas.

O trabalho aborda os casos mais comuns em unidades de emergência pediátrica, oferecendo diretrizes atualizadas para o manejo dessas condições críticas. Três doenças pediátricas emergenciais foram escolhidas para análise detalhada, são elas: Diarreias e desidratação, Traumatismo cranioencefálico e Pneumonia. A escolha da discussão da diarreia, advém da sua notória expressividade em emergências pediátricas, pois foi a quarta causa de morte em crianças de menos de 5 anos. Ademais, cabe discutir, também, sobre o Traumatismo Cranioencefálico (TCE) em crianças, visto que Nos EUA, os dados do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) revelam uma incidência de TCE em crianças superior a 150 mil/ano, com cerca de 7 mil óbitos, mais frequente antes do primeiro ano de idade. (Stape, Adalberto *et al*, 2013). E, para finalizar, optou-se pela discussão acerca da Pneumonia, uma vez que, em seu estado agudo, é responsável por cerca de 20% da mortalidade mundial em crianças abaixo dos 5 anos de idade, segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo para as Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assumindo, assim, importante demanda nos serviços de emergência pediátrica (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016). Buscou-se, deste modo, compreender sua apresentação clínica e as melhores abordagens terapêuticas.

1. Diarreias e Desidratação

A diarreia é um aumento no número de evacuações e fezes amolecidas ou líquidas, causada por algum desarranjo no intestino do paciente (ALVES,2009).Segundo a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES), a diarreia pode causar desidratação, retardo no crescimento e desenvolvimento, além de potencialmente levar à morte. Portanto, seu manejo rápido e preciso é essencial nas emergências pediátricas.

A causa mais comum de desidratação é a doença diarreica aguda (DDA), a qual é uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitos), em que a manifestação mais frequente, caracteriza-se por um elevado número de evacuações com fezes aquosas e ou de pouca consistência (Brandt KG *et al.*, 2015).

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) podem ser infecciosas ou não, exigindo observação cuidadosa dos sinais e sintomas para diagnóstico correto. Geralmente, apresentam-se como um quadro agudo, com duração de 2 a 14 dias e sem imunidade duradoura. Os principais tipos de apresentação são diarreia aquosa, que pode levar à desidratação, e diarreia sanguinolenta, indicativa de inflamação intestinal. Sintomas adicionais incluem náuseas, vômito, febre e dor abdominal, requerendo atenção emergencial para evitar complicações (Brandt KG *et al.*, 2015).

Estudos recentes mostram que a amamentação exclusiva durante pelo menos 6 meses e complementada até os 2 anos de idade, mostra-se um grande aliado na redução da incidência e gravidade da doença (Brandt KG *et al.*, 2015).

1.1 Causas infecciosas

1.1.1 Rotavírus

O rotavírus, pertencente à família Reoviridae, é um dos principais agentes causadores de diarreia grave em crianças menores de cinco anos em todo o mundo. Em 2016, cerca de 258 milhões de quadros de diarreia foram registrados em crianças nessa faixa etária causados por rotavírus. Isso representa uma incidência de 0,42 casos de criança-ano infectadas por rotavírus (Troeger C *et al.*, 2018). Transmitido por via fecal-oral, geralmente ocorre pela ingestão de água e alimentos contaminados, sendo comum em ambientes pediátricos onde as crianças podem brincar e ingerir substâncias contaminadas.

O rotavírus é encontrado em altas concentrações nas fezes de crianças infectadas. O período de incubação do vírus é de 24 a 72 horas. Os quadros de rotavírus representam aproximadamente 20 a 40% dos casos de diarreia aguda (DA). Os sintomas de vômito ocorrem em 90% dos casos e, na maioria dos casos, precedem a diarreia. Quanto a sintomas febris de graus variados ocorrem em cerca de 60% dos casos e sintomas respiratórios em 20% dos casos (STAPE *et al.*, 2013).

1.1.2 E. Coli enteropatogênica (Epec)

A *Escherichia coli*, da família Enterobacteriaceae, uma bactéria comumente encontrada no intestino humano e animal, é associada à diarreia, especialmente em crianças menores de 5 anos (Fagundes Neto U *et al.*, 1989). A variedade enteropatogênica é reconhecida como uma das principais causas de diarreia infantil, com período de incubação de 6 a 48 horas. O EPEC provoca diarreia prolongada, especialmente em crianças menores de um ano e embora tenha sido descrita mundialmente, a sua maior prevalência é relatada no Brasil (Gómez-Duarte, 2014).

Os sintomas típicos são o aparecimento de fezes aquosas, às vezes com muco e pode haver febre. A Epec tem uma porcentagem de aparecimento de 15 a 20% dos casos de diarreia aguda e é um tipo de diarreia por causa bacteriana mais comum (DE OLIVEIRA SOUZA,2016).

1.2 Causas não infecciosas

1.2.1 Diarreia Osmótica

A diarreia osmótica ocorre devido ao acúmulo de substâncias não absorvíveis no intestino, levando à retenção de água. Intolerância a carboidratos, como lactose, devido à deficiência de lactase, pode desencadear esse quadro, especialmente em lactentes. Médicos pediatras devem estar atentos a essa possibilidade em emergências pediátricas, caracterizada por fezes líquidas, explosivas, dermatite perianal, cólicas, dor abdominal e distensão abdominal (STAPE *et al.*, 2013).

1.3 Diarreia Persistente

A diarreia persistente é a evolução da doença por mais de 14 dias. Esse tipo de diarreia é frequentemente relacionada à intolerância à lactose. Rotavírus e a Epec são agentes infecciosos relacionados à diarreia persistente (STAPE *et al.*, 2013).

1.4 Diarreia Crônica

As diarreias crônicas tem como característica serem causadas pela síndrome do intestino irritável, intolerância a carboidratos, alergia à proteína de alimentos, cânceres intestinais, alterações da imunidade como AIDS e alergias alimentares. Tem como característica a ocorrência dos sintomas diarreicos por mais de 30 dias (STAPE *et al.*, 2013).

1.5 Tratamento

O tratamento da diarreia requer abordagem rápida e precisa, identificando seu tipo e origem (infecciosa ou não, persistente ou crônica) para uma gestão adequada nas emergências pediátricas. O objetivo é prevenir e tratar desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e garantir a nutrição adequada. A terapia de reposição oral (TRO) é eficaz, fácil de administrar e educativa, sendo preferencialmente utilizada, embora em lactentes, a reidratação oral possa falhar em 10-20% dos casos, especialmente com rotavírus. A hidratação venosa é reservada para desidratação grave ou instabilidade hemodinâmica quando a reidratação oral é ineficaz (STAPE *et al.*, 2013).

2. Traumatismo craneoencefálico (TCE)

O trauma craneoencefálico (TCE) consiste em lesão física ao tecido cerebral que, temporária ou permanentemente, incapacita a função cerebral (Mao G, 2023) . É caracterizado por sintomas como confusão mental, alterações de consciência, convulsões e até coma. Em

crianças, devido à fragilidade do pescoço, plasticidade cerebral e fontanelas abertas, o TCE é uma das principais causas de morte, especialmente após o primeiro ano de vida (Stape, Adalberto et al., 2013).

Entre janeiro a setembro de 2017, houve 33 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS) de crianças de 5 a 9 anos com TCE (Zeitel RS *et al.*, 2017). Assim, com o fito de evitar evoluções negativas no paciente pediátrico, a rápida prestação de socorro e tratamento eficaz se faz necessária.

É válido salientar que, acidentes de trânsito, atropelamentos, acidentes de bicicleta, quedas de altura e traumas esportivos são as principais causas de TCE. Lesões cerebrais resultantes desses mecanismos podem ser classificadas como primárias ou secundárias, causadas por impacto direto ou aceleração/desaceleração (Zeitel RS et al., 2017).

2.1 Lesão primária

É a deflagração imediata do trauma mecânico. Configuram-se como lesões no couro cabeludo, fraturas da calota craniana, concussão, contusão, hematoma extradural, hematoma subdural, hemorragia subaracnóidea, hematoma intraparenquimatoso, hemorragia intraventricular e lesão axonal difusa, que vão originando edema cerebral - principal fator de alteração de pressão intracraniana - devendo ser controlada, pois, com o tempo, pode provocar sequelas que podem evoluir a óbito. (STAPE et al., 2013).

1.2 Lesões secundárias

As lesões secundárias são respostas bioquímicas e fisiológicas a lesões primárias/trauma, que podem exacerbar lesões preexistentes e, inclusive, aumentar a gravidade do quadro clínico do paciente. Hipoxemia, hipotensão, hipertensão intracraniana, crises convulsivas, distúrbios eletrolíticos, e outros fatores são causas comuns. A resposta inflamatória cerebral ao trauma tem se mostrado importante contribuinte às lesões secundárias (STAPE et al., 2013).

1.3 Classificação

O TCE pode ser classificado em: leve, em pacientes com Glasgow entre 14 e 15, fazendo-se importante salientar que crianças menores de 2 anos devem receber atenção especial, uma vez que, a discreta ou ausente alteração clínica-neurológica, pode esconder fraturas e lesões cranioencefálicas significantes; moderado, em pacientes com Glasgow entre 9 e 13; e grave, em pacientes com Glasgow entre 3 e 8 (STAPE et al., 2013).

1.4 Exames de imagem

1.4.1 Indicação de tomografia computadorizada (TC) de crânio

É indicado para todos os pacientes com TCE que apresente alterações do nível de consciência, déficit neurológico focal ou sinal físico de trauma craniano, bem como de crianças com TCE leve, e, inclusive, em crianças menores de 2 anos de idade que não apresentam manifestações patológicas no exame clínico-neurológico, pois, no exame de imagem, pode revelar alterações tomográficas (STAPE et al., 2013).

1.4.2 Indicação de ressonância magnética (RM)

Utilizada para avaliar a extensão do trauma e o prognóstico cognitivo, não para parâmetros cirúrgicos. Quando requisitada, é feita após a TC (STAPE et al., 2013).

1.5 Tratamento

1.5.1 Atendimento inicial

O atendimento inicial deve seguir os preceitos do PALS (Pediatric Advanced Life Support), ser rápido e sequencial, o que exige uma equipe pré-hospitalar capacitada.

1.5.2 Prevenção a lesões secundárias

Manter ou tornar a pressão intracraniana estável deve estar entre as prioridades, repor a volemia com soluções isosmolares; prevenir ou tratar hiponatremia; manter níveis adequados de glicose; prevenir convulsões em pacientes de alto risco, contusão cortical, fraturas craniana deprimida, hematomas intracranianos, ferimentos penetrantes de crânio, escala de coma de Glasgow < 9 e crianças menores de 1 ano; e não retardar a intubação orotraqueal (STAPE et al., 2013).

3. Pneumonia

A pneumonia é uma infecção pulmonar causada por vírus, bactérias ou fungos, com sintomas semelhantes a outras doenças respiratórias, como febre, tosse e dificuldade respiratória, variando de acordo com o hospedeiro e o agente patogênico (Richard Lichenstein MD, 2003).

Ainda é uma das principais causas de morte em crianças de até cinco anos de idade, segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Dados de 2019 do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostraram que uma criança morre de pneumonia a cada 43 segundos. (Alves, B). Dados preocupantes, visto que é uma doença tratável. Outro dado interessante revela que a maioria das crianças têm entre 4 e 6 infecções respiratórias agudas (IRA) por ano. Dessas, cerca de 2% desenvolve pneumonia, no entanto, 80% delas morrem em decorrência da pneumonia associada (STAPE et al., 2013).

Os fatores de risco mais notórios são a desnutrição, baixa idade, ausência de aleitamento materno, pneumonias prévias e a permanência em creches ou escolas (STAPE et al., 2013). Assim, é crucial buscar atendimento de emergência ao detectar sintomas

respiratórios, especialmente após uma infecção viral, já que a Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) muitas vezes segue esse padrão. Compreender as causas, sintomas e tratamentos é essencial para reduzir as altas taxas de mortalidade associadas a essa condição.

3.1 Principais etiologias

3.1.1 Pneumonias Virais por VRS

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma das principais causas de infecções respiratórias em recém-nascidos e crianças, podendo levar a bronquiolite e pneumonia. Bebês com menos de 6 meses e aqueles não amamentados são mais suscetíveis à pneumonia viral por VSR. Durante o inverno, há um aumento nos casos de infecção pelo VSR em crianças. As manifestações clínicas costumam começar com dias de sintomas respiratórios, febre ausente ou baixa, tosse e dificuldade respiratória. O tratamento visa sanar os sintomas e, em alguns casos, internação hospitalar é necessária (STAPE et al., 2013).

3.1.2 Streptococcus pneumoniae

Continua sendo o agente mais comum de Pneumonias Adquiridas na Comunidade (PAC), todavia, com a vacina anti pneumocócica e anti-Haemophilus influenzae B sofreram queda nos índices de causadores de PAC (STAPE et al., 2013).

Tratamento com penicilina, ampicilina e eritromicina (em casos de crianças alérgicas a beta-lactâmicos). No entanto, algumas cepas de Streptococcus pneumoniae são resistentes à penicilina. Desse modo, após a obtenção de testes de sensibilidade, a antibioticoterapia deve ser atualizada de acordo com a resposta clínica do paciente e não apenas com a sensibilidade investigada nos testes (STAPE et al., 2013).

3.1.3 Haemophilus influenzae

Pneumonia bacteriana grave que acomete crianças, geralmente, menores de 5 anos de idade, que não tomaram a vacina tríplice-bacteriana DTP + Hib + HB (STAPE et al., 2013).

O quadro clínico é marcado pela mudança abrupta de estado físico, com início de febre elevada, semblante toxêmico, letargia e dificuldade respiratória. O tratamento é feito com oxacilina, segundo os protocolos de emergências pediátricas da Santa Casa. (STAPE et al., 2013).

3.1.4 Chlamydomphila pneumoniae

Pneumonia bacteriana comum em menores de 2 anos de vida, correspondendo a 1/3 dos casos em países desenvolvidos. Cujo quadro clínico característico por estado afebril ou subfebril e tosse. O tratamento consiste na administração de eritromicina. (STAPE et al., 2013).

3.1.5 Mycoplasma pneumoniae

Muito comum em PAC adquiridas em crianças maiores de 5 anos de idade, já em idade escolar e adolescentes, sendo extremamente contagiosa. As manifestações clínicas são cefaleia, mal-estar, febre, tosse paroxística, dor de garganta e miringite bolhosa. O tratamento consiste em uso de eritromicina. (STAPE et al., 2013).

3.2 Diagnóstico

Realizado mediante anamnese, exame físico, ausculta pulmonar, exames laboratoriais e exames de imagem (STAPE et al., 2013).

3.3 Indicações de internação hospitalar

As principais indicações para a internação hospitalar em lactentes e crianças são majoritariamente clínicas, como, por exemplo, a presença de tiragem subcostal, dificuldade em ingerir líquidos, apneias, falhas no tratamento ambulatorial, cianose central, sinais de dificuldade respiratória (gemência, batimentos de asas do nariz), bebês prematuros e/ou desnutridos, presença doenças prévias e/ou complicações (Kiertzman B, 2018)

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste trabalho, conclui-se que as emergências pediátricas vêm ganhando um olhar mais atento do meio médico com o crescimento da necessidade de se evitar a superlotação de alas emergenciais. Todavia, em decorrência da complexidade do tema e do recorte deste estudo, sua abordagem não se esgota nesta análise, que foi limitada pela baixa produção científica acerca desse tópico (TACSI, 2004).

Ademais, evidencia-se que urge, cada vez mais, a necessidade da criação de medidas e protocolos específicos de triagem para distinguir casos emergenciais, como os casos supracitados de diarreia, TCE e pneumonia, de não emergenciais, direcionando estes últimos para outros setores e reduzindo a superlotação nas alas de emergência pediátrica, o que antecipa a anamnese, exames diagnósticos e início do tratamento, prevenindo desfechos fatais ou sequelas evitáveis (TACSI, 2004).

REFERÊNCIAS

TACSI, Y. R. C. VENDRUSCOLO, D. M. S.. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 477–484, maio 2004.

LILIAN. Emergência pediátrica: o que é e como está o mercado de trabalho.05 de fevereiro de 2024.Disponível em:<https://eephcfmusp.org.br/portal/online/emergencia-pediatria/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2024

PIVA, J. P. ; LAGO, P. M.; GARCIA, P. C. R.. Pediatric emergency in Brazil: the consolidation of an area in the pediatric field. **Jornal de Pediatria**, v. 93, p. 68-74, 2017.

Núcleo de Telessaúde Rio Grande do Sul. Qual conduta tomar frente a uma criança com traumatismo cranioencefálico? [Internet]. Biblioteca Virtual em Saúde, 10 de fevereiro de 2015. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-conduta-tomar-frente-a-crianca-com-traumatismo-cranioencefalico/>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2024.

Anon.Traumatismo cranioencefálico nos pacientes pediátricos.20 de outubro de 2021.Disponível em :[Traumatismo cranioencefálico nos pacientes pediátricos | Colunistas - Sanar Medicina](#). Acesso em 20 de fevereiro de 2024

ZEITEL, R. de S.; FLINTZ, R. A. ; NOGUEIRA, C. C.; Traumatismo craniano em pediatria. Revista de Pediatria SOPERJ, v. 17, p. 63-71, 2017.

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Disponível em: <<https://portal.saude.pe.gov.br/verbete/doenca-diarreica-aguda-dda>>. Acesso em: 05 mar. 2024.

.ALVES, B. / O. / Diarréia e desidratação. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/diarreia-e-desidratacao/>>. Acesso em: 05 mar. 2024.

DE OLIVEIRA SOUZA, C. *et al.* Escherichia coli enteropatogênica: uma categoria diarreio gênica versátil. Revista pan-amazônica de saúde, v. 2, n. 7, p. 1–2, 2016.

STAPE, Adalberto *et al.* Emergências em Pediatria: protocolos Santa Casa. 2ª edição. Manole, 2013.

Urgências pediátricas: conheça as cinco principais e seu manejo - Sanar Medicina. Disponível em: <<https://www.sanarmed.com/urgencias-pediaticas-cinco-principais-seu-manejo-posme>>. Acesso em: 10 mar. 2024.Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/emergencia-pediatria-volta-a-ser-area-de-atuacao-vitoria-da-sbp>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

PIVA, J. P.; LAGO, P. M.; GARCIA, P. C. R. Pediatric emergency in Brazil: the consolidation of an area in the pediatric field. **Jornal de pediatria**, v. 93, p. 68–74, 2017.Rotavírus. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/rotavirus>>. Acesso em: 10 mar. 2024.

Diarréia. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/diarreia/>>. Acesso em: 05 mar. 2024.

Hospital infantil sabará.Pneumonia em crianças precisa ser diagnosticada precocemente.Disponível em:<https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/imprensa/pneumonia-em-criancas-precisa-ser-diagnosticada-precocemente/#:~:text=Novembro%2C%202022%20E2%80%9320Uma%20febre%20que%20n%C3%A3o%20passava>. Acesso em: 10 de março de 2024.

ALVES, B. O. Dia mundial da Pneumonia. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/12-11-dia-mundial-da-pneumonia-3/>. Acesso em: 05 de março de 2024. Disponível em: http://revistadepediatriasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1037>. Acesso em: 10 mar. 2024b.

Ministério da Saúde alerta para prevenção de bronquiolite e pneumonia em crianças. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-alerta-para-prevencao-de-bronquiolite-e-pneumonia-em-criancas>>. Acesso em: 12 mar. 2024. Disponível em: https://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2005/n_01/10.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2024c.

RODRIGUES, J. C.; FILHO, L. V. R. F. da S.. Pneumonias agudas na criança. 5ª edição. **Sociedade de Pediatria de São Paulo**, 2016.

Troeger C, Khalil IA, Rao PC, *et al*. Vacinação contra rotavírus e a carga global da diarreia por rotavírus entre crianças menores de 5 anos. **JAMA Pediatr**. 2018; 172 (10):958-965. DOI:10.1001/jamapediatrics.2018.1960.

Brandt KG, Castro Antunes MM, Silva GA. Acute diarrhea: evidence-based management. **J Pediatr (Rio J)**. 2015 Nov-Dec; 91(6 Suppl 1):S36-43. DOI:10.1016/j.jpmed.2015.06.002. Epub 2015 Setembro 6. PMID:26351768.

Gómez-Duarte, OG. Enfermedad diarreica aguda por Escherichia coli enteropatógenas en Colombia. **Revista Chilena Infectol**, 2014. 31(5):577-86. DOI: 10.4067/S0716-10182014000500010. PMID:25491457. PMCID:PMC4469391.

Fagundes Neto U, *et al*. Protracted diarrhea: the importance of the enteropathogenic E. coli (EPEC) strains and Salmonella in its genesis. **J Pediatr Gastroenterol Nutr**. 1989. PMID: 2651634.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Pneumonias agudas - na criança. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/site/asp/boletins/AT5.pdf>

Gordon Mao. Trauma cranioencefálico (TCE), Manual MDS. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/les%C3%B5es-intoxica%C3%A7%C3%A3o/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce/trauma-cranioencef%C3%A1lico-tce>

Guerra SD, Ferreira AR. “Eventos associados à ocorrência de hipertensão intracraniana em pacientes pediátricos com traumatismo cranioencefálico grave e monitoração da pressão intracraniana”. **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2020. pp. 1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2019123>

Lichenstein R, Suggs AH, Campbell J. Pediatric pneumonia. **Emerg Med Clin North Am**. 2003 May;21(2):437-51. doi: 10.1016/s0733-8627(03)00008-7. PMID: 12793623.