

O que fazer ao receber uma criança com desconforto respiratório

Os primeiros minutos no consultório, na UBS ou no PS — triângulo de avaliação, FR por idade, sinais de falência, oximetria, localização do problema e medidas iniciais, segundo PALS 2025, SBP, MS, NICE e SEUP 2024

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A insuficiência respiratória é a **principal causa de parada cardíaca na criança** (AHA/AAP 2025). Nos primeiros **30–60 segundos**, sem tocar na criança, o **triângulo de avaliação pediátrica (TAP)** — aparência, trabalho respiratório e circulação da pele — separa o **desconforto respiratório** (só o trabalho respiratório alterado) da **insuficiência respiratória** (aparência também alterada). Seguem o **ABCDE**, a **FR contada em 1 minuto** e a **oximetria**. Criança **no colo**, na **posição que escolher**, sem agita-la. Oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; **SpO2 < 92%** é critério de gravidade. **Cansaço, bradipneia, apneia, cianose, gemência, tórax silencioso, rebaixamento ou bradicardia** anunciam a parada: **🔴, SAMU 192** e bolsa-valva-máscara se a respiração for insuficiente. Depois, **localizar o problema** — via aérea alta (estridor), baixa (sibilância), parênquima (crepitações, febre) ou **causa não respiratória** (Kussmaul da cetoacidose, choque, insuficiência cardíaca, intoxicação, ansiedade) — e iniciar a medida própria: salbutamol na asma, **adrenalina IM 0,01 mg/kg** na anafilaxia, dexametasona e adrenalina inalatória no crupe. Casa só para o quadro leve, com causa definida e boa resposta.

1. O que é e como se apresenta

- **Desconforto respiratório:** FR e esforço anormais, com oxigenação ainda mantida à custa de trabalho — taquipneia, batimento de asa de nariz, retrações, estridor, sibilo, gemido, taquicardia (MS, SAMU 192, 2016).
- **Insuficiência respiratória:** oxigenação e/ou ventilação **inadequadas**. **Sinais tardios** (pré-parada): **bradipneia ou apneia**, esforço **reduzido ou ausente**, entrada de ar débil, **bradicardia, cianose**, estupor (SAMU 192).
- **A criança que cansa parece melhorar:** FR, estridor e sibilo diminuem por exaustão. Olhar a **aparência**.

Triângulo de avaliação pediátrica (PALS do site; SEUP 2024)

LADO	ALTERADO
Aparência (tônus, interação, consolo, olhar, fala ou choro)	Hipotonia, olhar vago, irritabilidade inconsolável, sonolência
Trabalho respiratório	Estridor, gemência, sibilo audível, tiragem, batimento de asa, posição em tripé ou de "cheirar"
Circulação da pele	Palidez, pele moteada, cianose

Só o trabalho respiratório alterado = **desconforto**; com a aparência = **insuficiência**; os três lados = **falência cardiorrespiratória**. Um lado alterado já define a criança como **instável**

(SEUP 2024).

Frequência respiratória — contar em **1 minuto**, com a criança calma (MS 2026); febre, choro e dor a elevam.

IDADE	FR NORMAL (PALS DO SITE)	TAQUIPNEIA (AIDPI/OMS; SBP E MS)
< 2 meses	30–60	≥ 60 irpm
2–11 meses	25–50	≥ 50 irpm
1–5 anos	20–30	≥ 40 irpm
6–11 anos	18–25	—
≥ 12 anos	12–20	—

FR < 10 ou > 60 irpm em qualquer idade sugere problema grave (SAMU 192).

Oximetria em toda criança com desconforto, com nariz desobstruído e boa curva. A SpO2 **não mede o esforço** e é **falsamente normal** no monóxido de carbono e na metemoglobinemia (SEUP 2024); pode **superestimar** em pele escura (NICE NG143).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Aparência normal; taquipneia leve; tiragem ausente ou discreta; fala frases ou mama bem; SpO2 ≥ 95% ; causa identificada e tratável em casa (crupe sem estridor em repouso, asma leve que respondeu, bronquiolite leve, pneumonia sem sinais de gravidade)	Tratar a causa conforme o documento do site; sinais de alerta por escrito; retorno programado
 Moderada	Aparência preservada; taquipneia acima do limiar; tiragem moderada; estridor em repouso intermitente; mama 50–75% do habitual; SpO2 92–94% ; broncodilatador repetido; lactente pequeno ou fator de risco	Tratar e observar no consultório, UBS ou PS, reavaliando após cada medida; O2 para SpO2 94–98%; sem melhora, pronto-socorro; com melhora, reavaliar em 24–48 h
 Grave	Aparência alterada; SpO2 < 92% ; tiragem acentuada, gemência , balancim; FR > 70 no lactente ou > 60 em qualquer idade; bradipneia, apneia, cansaço; cianose ; fala só palavras; tórax silencioso; estridor persistente em repouso, sialorreia, tripé ; bradicardia; suspeita de anafilaxia, corpo estranho, epiglotite ou causa não respiratória	SAMU 192 e pronto-socorro ou hospital: oxigênio, medida inicial da causa, ventilação se necessário

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses, prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia, doença neuromuscular, síndrome de Down, imunodeficiência, via aérea difícil (estenose subglótica, intubação prévia).
- Asma com UTI, intubação ou crise quase fatal; salbutamol frequente sem corticoide inalatório.
- Família sem condições de vigilância.

3. Diagnóstico no consultório

Sequência: (1) **TAP** da porta, criança no colo; (2) **ABCDE** — **A** estridor, sialorreia, voz abafada; **B** FR, retrações, simetria, ausculta, **SpO2**; **C** FC, pulsos, enchimento capilar, PA, fígado; **D** consciência e **glicemia capilar**; **E** temperatura, urticária, petéquias, trauma (PALS do site; SAMU 192); (3) **história:** início súbito (engasgo, alérgeno) ou progressivo, crises prévias, poliúria, acesso a medicamentos.

Onde está o problema (PALS do site)

LOCAL	PISTAS	PENSE EM
Via aérea alta	Estridor inspiratório , rouquidão, tosse ladrante, sialorreia, voz abafada, tripé	Crupe , epiglote , traqueíte bacteriana, corpo estranho , anafilaxia (edema de glote), abscesso retrofaríngeo ou periamigdaliano
Via aérea baixa	Sibilância , expiração prolongada	Asma , bronquiolite , sibilância recorrente, anafilaxia, corpo estranho brônquico (sibilo unilateral)
Parênquima	Febre, crepitações localizadas , gemência, hipoxemia	Pneumonia , derrame, edema pulmonar, afogamento
Controle da respiração	Respiração irregular, bradipneia, rebaixamento	TCE, convulsão, intoxicação (opioide, benzodiazepínico, álcool), infecção do SNC
Causa não respiratória	Taquipneia sem retrações nem ruídos , ausculta limpa, SpO2 normal	Cetoacidose (Kussmaul) , hálito cetônico), choque (má perfusão), insuficiência cardíaca (hepatomegalia, sopro, galope, sudorese às mamadas), salicilato , outras acidoses, ansiedade

Exames: não atrasar tratamento nem remoção. No consultório, **SpO2 e glicemia capilar**; radiografia e gasometria no serviço. **Não examinar a orofaringe com abaixador** se houver estridor com sialorreia.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Epiglote:** início abrupto, febre alta, toxemia, sialorreia, voz abafada, **sem tosse ladrante** (Laringite viral do site).

- **Corpo estranho:** engasgo súbito, sibilo ou murmúrio **unilateral**; radiografia normal não exclui (**Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho**).
- **Cetoacidose:** **Kussmaul sem sibilos nem hipoxemia**, confundido com pneumonia ou asma; glicemia capilar em toda criança taquipneica com vômitos, dor abdominal ou sonolência (Cetoacidose diabética do site).
- **Insuficiência cardíaca no lactente:** taquipneia e sudorese às mamadas, baixo ganho de peso, hepatomegalia (SBP, GPA nº 158/2024).
- **Salicilato:** hiperventilação, zumbido, vômitos — **Disque-Intoxicação 0800-722-6001** (Intoxicações exógenas agudas na criança).
- **Ansiedade:** diagnóstico de exclusão.

4. Tratamento e seguimento

Medidas gerais

- **Não agitar:** no colo, **sentada ou semissentada, na posição que escolher** (SAMU 192; SEUP 2024); adiar procedimentos dolorosos; o choro piora a obstrução alta.
- **Oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%**, sem hiperóxia (padrão do site; SEUP 2024): cateter nasal no desconforto leve; **máscara não reinalante 10–15 L/min** na instabilidade (SAMU 192); **"blow-by"**, segurado pelo cuidador, se a máscara agitar.
- Nariz do lactente desobstruído; **jejum** se esforço importante; **refazer o TAP após cada medida**.
- **Bolsa-valva-máscara com O2 a 100%** na apneia, bradipneia ou esforço ineficaz: **1 ventilação a cada 2–3 s** com pulso (PALS do site; AHA/AAP 2025: 20–30/min); sem pulso, RCP pelo PALS do site. Alto fluxo, ventilação não invasiva e intubação: **Suporte respiratório na emergência — oxigênio, cateter nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva e intubação em sequência rápida** (nesta área).

Medidas iniciais por causa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Adrenalina IM 1 mg/mL (anafilaxia)	0,01 mg/kg , máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente , vasto lateral da coxa	Repetir em 5–15 min se necessário	Até a melhora	Antes de qualquer outro medicamento (Protocolo de Anafilaxia do site; SBP 2021)
Salbutamol spray 100 mcg + espaçador (asma)	6–11 anos 4–10 jatos (GINA 2025); por peso 4 (5–10 kg), 6 (10–20 kg), 8 jatos (> 20 kg) (SEUP)	A cada 20 min na 1ª hora	Depois a cada 3–4 h	Asma na criança — crise e controle. Anafilaxia com broncoespasmo após adrenalina: 1 jato/2 kg, máx. 10 (Protocolo de Anafilaxia)
Brometo de ipratrópio spray	< 20 kg 4 jatos; > 20 kg 8 jatos	Com as 2–3 primeiras doses de salbutamol	1ª hora	Crise moderada a grave (SEUP; documento de asma do site)
Prednisolona ou prednisona VO (asma)	1–2 mg/kg/dia , máx. 40 mg (6–11 anos)	1 vez ao dia	3–5 dias	SBP, DC nº 220/2025; GINA. Alternativa: dexametasona 0,6 mg/kg (máx. 12 mg) (SEUP 2024)
Sulfato de magnésio IV (asma grave, no serviço)	25–50 mg/kg , máx. 2 g	Dose única em 20 min	—	PALS do site; padrão do site
Dexametasona VO ou IM (crupe)	0,15 mg/kg no leve; 0,15–0,6 mg/kg no moderado a grave; máx. 10–12 mg	Dose única	Única	Laringite viral (crupe) do site; SBP 2017
Adrenalina inalatória 1 mg/mL (crupe moderado com desconforto importante ou grave)	0,5 mL/kg , máx. 5 mL, nebulizada com O ₂	Repetir a cada 15–20 min no grave, já encaminhando	Observar 2–4 h após a última dose	Laringite viral (crupe) do site; 2ª dose = internação
Cristaloide SF 0,9% ou Ringer lactato (choque)	10–20 mL/kg em 5–10 min; cardiopatia 10 mL/kg	Reavaliar após cada bolus	Parar se sobrecarga	Sepse e choque séptico na criança; anafilaxia: 5–10 mL/kg (Protocolo de Anafilaxia)
SF 0,9% (cetoacidose)	10–20 mL/kg em 20–30 min	—	Até a remoção	Sem insulina e sem bicarbonato no consultório (Cetoacidose diabética do site)

Por causa, em resumo

- **Epiglote, traqueíte, abscesso profundo: não deitar, não examinar a garganta, não punccionar;** O2 sem forçar; SAMU com equipe de via aérea (Infecções profundas de cabeça e pescoço, Infectologia).
- **Bronquiolite:** nariz limpo, O2 e hidratação; **sem salbutamol, adrenalina, corticoide, antibiótico ou salina hipertônica** (Bronquiolite viral aguda; MS 2026; NICE NG9).
- **Pneumonia grave:** O2 e 1ª dose de antibiótico quando indicado, sem atrasar a remoção (Pneumonia adquirida na comunidade).
- **Insuficiência cardíaca:** sem bolus de rotina; pronto-socorro se descompensada; estável, encaminhar **com prioridade** à cardiologia pediátrica.

O que não usar: sedativos e anti-histamínicos de 1ª geração (mascaram a hipóxia); xaropes, antitussígenos e mucolíticos; salbutamol no crupe sem sibilância.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Toda criança , e toda  sem melhora na 1ª hora ou que precisa de O2.
- **SpO2 < 92%**, apneia, cianose, gemência, bradipneia, cansaço ou rebaixamento.
- Suspeita de **anafilaxia** (mesmo melhorada: risco de reação bifásica), **epiglote, corpo estranho, cetoacidose, choque, insuficiência cardíaca descompensada** ou **intoxicação**.
- Crupe que precisou de adrenalina inalatória; asma com má resposta; lactente < 3 meses com desconforto; condição social sem vigilância.

Quando chamar ajuda: ao primeiro sinal de insuficiência (aparência alterada) ou de obstrução alta grave, chamar a equipe e o **SAMU 192** antes de tudo.

Como encaminhar

1. **Estabilizar antes:** via aérea, **O2 para SpO2 94–98%**, medida inicial da causa e corticoide oral na asma antes de sair; ventilação se necessário.
2. **Posição de conforto no colo** no transporte; não deitar quem tem obstrução alta.
3. **Acesso venoso** só se não agitar nem atrasar (choque, cetoacidose, anafilaxia com hipotensão); **glicemia capilar** sempre.
4. **SAMU 192** na instabilidade ou suspeita de epiglote; **contato prévio** com o destino (UTI pediátrica, broncoscopia).
5. **Relatório:** início, SpO2 e FR seriadas, medicamentos com dose e horário, resposta, alergias, comorbidades, vacina Hib.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Mantenha a criança calma e no colo."
- **Pronto-socorro imediatamente se:** respiração rápida ou com esforço crescente; **afundamento das costelas ou do pescoço**; gemido; barulho ao respirar com a criança calma; **lábios roxos**; pausas na respiração; criança **muito sonolenta, mole ou agitada**; não consegue falar, mamar ou engolir; a bombinha não alivia ou dura menos de 2–3 horas; respiração funda e rápida com vômitos e muita sede.
- Anafilaxia: autoinjeter (0,15 mg < 30 kg; 0,3 mg ≥ 30 kg) e plano escrito. Salvar **SAMU 192** e **0800-722-6001**.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Avaliação inicial	Sem documento próprio localizado (segue o PALS/AHA)	Impressão inicial e ABCDE (SAMU 192, APed18, 2016)	Insuficiência respiratória, principal causa de parada (AHA/AAP 2025)	Semáforo de sinais respiratórios (NG143, atualização 2021)	TEP + ABCDE; um lado alterado = instável (SEUP, 4ª ed., 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Frequência respiratória	Taquipneia AIDPI/OMS (SBP 2018)	> 60, > 50, > 40 irpm (BVA 2026); < 10 ou > 60 grave (SAMU 2016)	Faixas do PALS	> 60 (0–5 m), > 50 (6–12 m), > 40 (> 12 m) âmbar (NG143)	Faixas por idade (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
SpO2 de gravidade	< 92% interna (pneumonia; padrão do site); hipoxemia no cruce = UTI (SBP 2017)	< 90% grave; 90–92% moderada (BVA 2026)	< 90% na bronquiolite (AAP 2014)	≤ 95% âmbar (NG143); < 92% encaminha (NG9, 2021)	Não mede o esforço (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Meta de oxigênio	92–95% no alto fluxo (Diretriz nº 124, 12/2023)	O2 se < 94% (SAMU 2016)	94–99% após a parada (AHA/AAP 2025)	O2 se < 90%; < 92% se < 6 semanas (NG9, 2021)	94–98%, evitar hiperóxia (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Posição e manuseio	Colo, posição de conforto (GPA nº 222/2025)	Posição de conforto, mínima manipulação (SAMU 2016)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sentado ou semi-incorporado (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhamento	Por doença (asma, cruce, bronquiolite, pneumonia)	Regulação do SAMU 192 de fine o destino	Sem posição específica localizada	Ameaça à vida: ambulância imediata (NG143; NG9)	Instável: O2, acesso e monitor imediatos (SEUP 2024)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem no essencial — TAP seguido de ABCDE, FR por idade, oximetria, posição de conforto e reconhecimento precoce da insuficiência, porque a parada da criança é quase sempre respiratória. Divergem os **números**: a **SpO2 de gravidade** é < 92% no

site (pneumonia) e no NICE (NG9, 2021) e **< 90%** para o Ministério da Saúde (bronquiolite, 2026) e a AAP (2014); o NICE trata **≤ 95%** como sinal intermediário na criança febril; a **meta** vai de "O2 se < 90%" (NICE, bronquiolite) e 92–95% (SBP, alto fluxo) a **94–98%** (SEUP 2024) e 94–99% (AHA/AAP 2025, após a parada). No crupe, o **SAMU 192 (2016)** usa **5 mL fixos de adrenalina e dexametasona IM 0,3 mg/kg** no leve; o documento de crupe do site usa **0,5 mL/kg (máx. 5 mL) e 0,15 mg/kg**. **O site adota a posição da SBP** (taquipneia AIDPI/OMS, SpO2 < 92% como gravidade, condutas dos documentos de asma, crupe, bronquiolite e pneumonia) e, onde a SBP não tem documento sobre a abordagem inicial, **o Ministério da Saúde (SAMU 192)**, com a decisão do Dr. Stefani (01/10/2026) de **manter SpO2 entre 94% e 98%**, sem hiperóxia, fora do período neonatal.

PONTOS PRÁTICOS

1. Olhe antes de tocar: o TAP em 30–60 segundos diz se a criança está instável; aparência alterada = insuficiência respiratória.
2. FR em 1 minuto e SpO2 em toda criança com desconforto; SpO2 < 92% é grave, e o oxigênio mantém SpO2 entre 94% e 98%.
3. Cansaço, bradipneia, apneia, gemência, cianose, tórax silencioso e sonolência anunciam a parada: SAMU 192 e bolsa-valva-máscara.
4. Criança no colo, na posição que escolher; não deitar, não examinar a garganta e não puncionar quem tem obstrução alta.
5. Taquipneia sem retrações nem ruídos: cetoacidose (glicemia capilar), choque, insuficiência cardíaca ou intoxicação.
6. Anafilaxia: adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente) antes de qualquer outra medida.

Veja também, nesta Biblioteca: **PALS, Protocolo de Anafilaxia e Principais Causas de Urgência em Pediatria** (Urgências e Emergências); **Afogamento e obstrução de via aérea por corpo estranho, Seps e choque séptico na criança, Intoxicações exógenas agudas na criança e Suporte respiratório na emergência — oxigênio, cateter nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva e intubação em sequência rápida** (nesta área); **Asma na criança — crise e controle, Bronquiolite viral aguda, Laringite viral (crupe) e Pneumonia adquirida na comunidade** (Patologias do consultório); **Cetoacidose diabética** (Endocrinologia).

8. Fontes

- AHA e AAP. Lasa JJ et al. Part 8: Pediatric Advanced Life Support — 2025 Guidelines for CPR and ECC. Circulation, 2025; Pediatrics, 2026 (resumo). [PubMed](#)

- Ministério da Saúde. Protocolos de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192 (APed18 e APed19), 2016. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de manejo clínico — Bronquiolite viral aguda, 2026. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Alergia. Uso de corticosteroides sistêmicos em doenças alérgicas em pediatria (DC nº 220), 2025. [PDF](#)
- SBP. Insuficiência cardíaca na criança (GPA nº 158), 2024. [PDF](#)
- SEUP-AEP. Fernández Arribas JL. Aproximación y estabilización inicial del niño enfermo o accidentado. Triángulo de evaluación pediátrica. ABCDE. 4ª ed., 2024. [PDF](#)
- NICE. NG143 — Fever in under 5s, 2019 (atualização 2021). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. NG9 — Bronchiolitis in children, 2015 (atualização 2021). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AAP. Ralston SL et al. Clinical Practice Guideline: Bronchiolitis. Pediatrics, 2014 (resumo). [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.