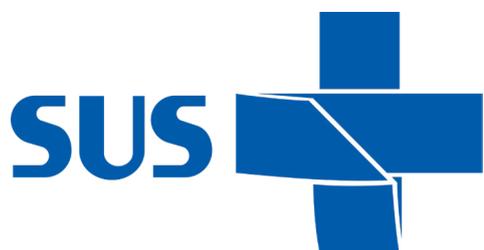


PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR)



2ª Edição Atualizada
SANTA CATARINA
2025



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE



PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR)

Governador do Estado de Santa Catarina
Jorginho dos Santos Mello

Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina
Diogo Demarchi Silva

Secretário-Adjunto de Estado da Saúde
Cristina Pires Pauluci

Superintendente de Urgência e Emergência
Marcos Antônio Fonseca

Gerente Técnica da Superintendência de Urgência e Emergência
Alfredo Rodolfo Schmidt Hebbel Busch

Gerente de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo
Emanuella Soratto da Silva

Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina
Sinara Simioni

Comissão do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco

Coordenador Geral: Marcos Antônio Fonseca

Coordenadora do Grupo Técnico: Maíra Melissa Meira de Castro

Coordenadora do Grupo Operativo: Emanuella Soratto da Silva

Representantes da Comissão (Titulares e Suplentes)

Superintendência de Urgência e Emergência (SUE): Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (GEAPF): Emanuella Soratto da Silva e Maíra Melissa Meira de Castro. Núcleo de Educação em Urgência (NEU): Juliana dos Reis Guaresi e Alexandre Anselmo da Silva. **Superintendência de Atenção à Saúde (SAS):** Escola de Saúde Pública de Santa Catarina (ESPSC): Danilo Mascarenhas Galvão Santos e Elaine Cristina Nascimento. Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS): Livia Heiz Caliço e Ângela Maria Blatt Ortiga. **Superintendência dos Hospitais Públicos (SUH):** Daywson Pauli Koerich e Liliane Aparecida de Oliveira. **Superintendência de Vigilância em Saúde (SUV):** Ivânia da Costa Folster e Huaina Adriano Simas de Oliveira. **Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS):** Maria Cristina Willemann e Clemilson Augusto de Souza. **Conselho Regional de Enfermagem (COREN):** Henrique Manoel Alves e Wallace Fernando Cordeiro. **Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC):** Ângela Maria Blatt Ortiga.

Outros Colaboradores da Elaboração e Revisão:

Adriana Maria Martins, Aline Pallaoro Garcia, André Vinícius Aguiar da Silveira, Bruna Gonçalves da Cunha, Carlos Henrique Silva, Claudia Fernanda Silveira Meirelles, Cristine Behrend Ferraz, Daiane Yumi da Silva Chikuji, Denise Cavallazzi Póvoas de Carvalho, Deyse Hames, Deyvid de Souza Medeiros, Fabíola Peres, Fernanda da Silva Martins, Fidel Cesario de Lima Albuquerque, Ivana Fantini Costa, Jacqueline Nilta Vitorino, Jennie Tomazi da Silva, Juliana Brasil Rodolfo Simas, Letícia D. Frutuoso, Luiz Carlos Marinho Cavalheiro, Marcelo Brillinger Novello, Marcos Antônio Campolino, Maria Bráulia de Souza Pôrto Fares, Maria Fernanda Regueira Breda, Maurino Gomes, Miguel Angelo Accetta, Monique Meneses de Aguiar D'ávila, Patrícia Coelho Stumpf, Paulo de Tarso Freitas, Paulo Márcio Souza, Roni Reis da Luz, Samara Eliane Rabelo Suplici, Simone da Silva Tomio de Oliveira, Sulayre de Oliveira Delfino José e Suliane Motta.

Arte e Diagramação: Jacqueline Nilta Vitorino

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S232p Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Urgência e Emergência.
Protocolo catarinense de acolhimento com classificação de risco (PCACR) [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Urgência e Emergência ; [Coordenador geral Marcos Antônio Fonseca ; Coordenadora grupo técnico Máira Melissa Meira de Castro ; Coordenadora de grupo operativo Emanuella Soratto da Silva]. – 2. ed. atual. – Florianópolis : SES/SC, 2025.
10370 kb ; PDF

ISBN 978-85-62522-23-9

1. Serviços médicos de emergência - Santa Catarina. 2. Acolhimento nos serviços de saúde - Santa Catarina. 3. Avaliação de riscos de saúde. I. Fonseca, Marcos Antônio. II. Castro, Máira Melissa Meira de. III. Silva, Emanuella Soratto da. IV. Título.

CDD 23. ed. 362.1098164

Índice para o catálogo sistemático:

1. Acolhimento nos serviços de saúde : Santa Catarina
Paula Sanhudo da Silva – Bibliotecária – CRB-14/959

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Utilização do Fluxo | 29 |
| Figura 2 - Imagem da Página Inicial do Glossário..... | 30 |
| Figura 3 - Sequência Mnemônica Indicativa para Pacientes Traumatizados..... | 34 |
| Figura 4 - Identificando a Medida da Circunferência do Braço..... | 41 |
| Figura 5 - Imagem Ilustrativa de Como Aferir a Pressão Arterial..... | 42 |
| Figura 6 - Aspectos a Serem Avaliados na Dor | 52 |
| Figura 7 - Escala Visual Analógica (EVA) | 53 |
| Figura 8 - Escala de FACES | 54 |
| Figura 9 - Regra dos Nove - Wallace e Pulaski | 60 |
| Figura 10 - Regra de Lund-Browder | 61 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Padrão de Identificação de Risco x Tempo de Atendimento..... | 22 |
| Quadro 2 - Sugestões de Adequação Considerando a Preferência de Atendimento nas Emergências Hospitalares e UPAs | 25 |
| Quadro 3 - Parâmetros a Serem Avaliados na Classificação de Risco..... | 33 |
| Quadro 4 - ECG Adulto e ECG Modificada para Pediatria | 35 |
| Quadro 5 - Escala de Coma de Glasgow por Prioridade de Atendimento..... | 36 |
| Quadro 6 - Valores Pressóricos no Adulto por Prioridade de Classificação de Risco | 38 |
| Quadro 7 - Situações que Requerem Medida da PA Antes de 3 Anos de Idade..... | 38 |
| Quadro 8 - Pressão Arterial Dentro da Normalidade em Pediatria | 39 |
| Quadro 9 - Definição de Hipotensão por PAS e Idade | 39 |
| Quadro 10 - Valores Pressóricos na Gestante por Prioridade de Classificação de Risco..... | 40 |
| Quadro 11 - Dimensões do Manguito de Acordo com a Circunferência do Membro..... | 40 |
| Quadro 12 - Arritmias Cardíacas por Prioridade de Classificação de Risco no Adulto | 44 |
| Quadro 13 - Frequência Cardíaca (bpm) Normal Pediátrica por Idade..... | 44 |
| Quadro 14 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO ₂ no Adulto por Prioridade de Classificação | 47 |
| Quadro 15 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO ₂ na Criança e Adolescente por Prioridade de Classificação | 47 |
| Quadro 16 - Frequência Respiratória Normal por Idade, Recomendada para Pediatria | 48 |
| Quadro 17 - Variações da Tax na Criança, no Adolescente e no Adulto por Prioridade de Classificação | 50 |
| Quadro 18 - Escala de Avaliação de dor FLACCr | 55 |
| Quadro 19 - Escala de Dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) | 56 |
| Quadro 20 - Valores Glicêmicos por Prioridade de Classificação | 58 |
| Quadro 21 - Porcentagem da Área Corporal Queimada por Idade Conforme a Regra de Lund-Browder | 61 |
| Quadro 22 - Objeto de Notificação do VIVA/SINAN: casos suspeitos ou confirmados | 65 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| ACCR | Acolhimento com Classificação de Risco |
| ACS | <i>American College Of Surgeons</i> |
| ADA | <i>American Diabetes Association</i> |
| AHA | <i>American Heart Association</i> |
| APH | Atendimento Pré-Hospitalar |
| ATLS | <i>Advanced Trauma Life Support</i> |
| ATS | <i>American Thoraci Society</i> |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| BAVs | Bloqueios Atrioventriculares |
| bpm | Batimentos por Minuto |
| CAD | Cetoacidose Diabética |
| CAT | Comunicação de Acidente de Trabalho |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CH | Crise Hipertensiva |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| COSEMS | Conselho de Secretarias Municipais de Saúde |
| DAPF | Diretoria do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo |
| DAPS | Diretoria de Atenção Primária à Saúde |
| DPOC | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica |
| DeCS | Descritores em Ciências da Saúde |
| DM | Diabetes Mellitus |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| EAP | Edema Agudo de Pulmão |
| ECG | Escala de Coma de Glasgow |
| EH | Emergência Hipertensiva |
| EHH | Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| ESPSC | Escola de Saúde Pública de Santa Catarina |
| EVA | Escala Verbal Analógica |
| FC | Frequência Cardíaca |
| FLACCr | <i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised</i> |
| FR | Frequência Respiratória |
| GEREU | Gerência de Educação e Urgência |
| GERSA | Gerência Regional de Saúde |
| GERUE | Gerência da Rede de Urgência e Emergência |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| HCor | Hospital do Coração |
| HGT | Hemoglicoteste |
| HI | Acima da Capacidade de Detecção do Aparelho de HGT |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| IAM | Infarto Agudo do Miocárdio |

| | |
|------------------|---|
| IC | Insuficiência Cardíaca |
| ICC | Insuficiência Cardíaca Congestiva |
| IPEA | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada |
| IRC | Insuficiência Renal Crônica |
| IRp | Insuficiência Respiratória |
| IRpA | Insuficiência Respiratória Aguda |
| LOA | Lesão de Órgão Alvo |
| LSD | Dietilamida do Ácido Lisérgico |
| MS | Ministério da Saúde |
| mvm | Movimentos Ventilatórios por Minuto |
| NHB | Necessidades Humanas Básicas |
| NIPS | <i>Neonatal Infant Pain Scale</i> |
| NT | Não Testável |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PA | Pressão Arterial |
| PAD | Pressão Arterial Diastólica |
| PAM | Pressão Arterial Média |
| PAS | Pressão Arterial Sistólica |
| PCACR | Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco |
| PE | Processo de Enfermagem |
| PEP | Profilaxia Pós-Exposição ao HIV |
| PHTLS | <i>Prehospital Trauma Life Support</i> |
| POP | Procedimento Operacional Padrão |
| RN | Recém-Nascido |
| RUE | Rede de Atenção às Urgências e Emergências |
| SaO ₂ | Saturação de Oxigênio |
| SBD | Sociedade Brasileira de Diabetes |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SCA | Síndrome Coronariana Aguda |
| SCQ | Superfície Corporal Queimada |
| SES | Secretaria do Estado da Saúde |
| SGPe | Sistema Gestão de Processos Eletrônicos |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SPS | Superintendência de Planejamento em Saúde |
| SUE | Superintendência de Urgência e Emergência |
| SUH | Superintendência de Hospitais Públicos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| Tax | Temperatura Axilar |
| UDESC | Universidade do Estado de Santa Catarina |
| UH | Urgência Hipertensiva |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | Objetivo Geral..... | 15 |
| 1.2 | Objetivos Específicos..... | 15 |
| 1.3 | Público Alvo | 15 |
| 2 | CONSELHOS DE CLASSE FRENTE AO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 17 |
| 3 | PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR) | 19 |
| 3.1 | Ambiência da Sala de Acolhimento com Classificação de Risco..... | 20 |
| 3.2 | A Utilização do PCACR | 21 |
| 3.3 | Padrão de Identificação do Risco x Tempo de Atendimento | 21 |
| 4 | FLUXO DE ATENDIMENTO PARA ACCR NAS PORTAS DE ENTRADA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA | 23 |
| 4.1 | Admissão e Classificação de Risco por Demanda Espontânea..... | 23 |
| 4.2 | Admissão e Classificação de Risco de Paciente Proveniente do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel..... | 23 |
| 4.2.1 | <i>Pacientes Estáveis</i> | 24 |
| 4.2.2 | <i>Pacientes Graves e ou Instáveis</i> | 24 |
| 4.3 | Prioridades Estabelecidas em Lei e Sua Adequação ao PCACR | 24 |
| 5 | EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA | 27 |
| 6 | METODOLOGIA DO PCACR | 29 |
| 7 | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | 31 |
| 8 | PARÂMETROS A SEREM AVALIADOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | 33 |
| 8.1 | Risco de Morte, Ausência ou Instabilidade de Sinais Vitais | 33 |
| 8.2 | Avaliação do Nível de Consciência | 34 |
| 8.2.1 | <i>Passos para Utilizar a ECG Corretamente</i> | 36 |
| 8.3 | Alteração da Pressão Arterial..... | 37 |
| 8.3.1 | <i>Valores Pressóricos no Adulto</i> | 37 |
| 8.3.2 | <i>Valores Pressóricos na Criança e no Adolescente</i> | 38 |
| 8.3.3 | <i>Valores Pressóricos na Gestante</i> | 39 |
| 8.3.4 | <i>Procedimento para Aferição da Pressão Arterial e Suas Considerações para Adultos, Adolescentes e Crianças</i> | 40 |

| | |
|---|------------|
| 8.4 Alteração do Ritmo Cardíaco | 43 |
| 8.5 Alteração do Padrão Respiratório..... | 45 |
| 8.6 Avaliação da Temperatura | 48 |
| 8.7 Avaliação da Dor | 51 |
| 8.7.1 <i>Escala Visual Analógica (EVA)</i> | 53 |
| 8.7.2 <i>Escala de Faces</i> | 54 |
| 8.7.3 <i>Escala de Avaliação de Dor FLACCr (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised)</i> | 54 |
| 8.7.4 <i>Escala de dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)</i> | 55 |
| 8.8 Alteração Glicêmica | 56 |
| 8.8.1 <i>Procedimento de Aferição da Taxa Glicêmica por Equipamento de Hemoglicoteste (HGT)</i> | 58 |
| 8.9 Queimadura | 60 |
| 8.10 Fatores de Risco e Vulnerabilidade..... | 62 |
| FLUXOGRAMAS ADULTO..... | 67 |
| FLUXOGRAMAS PEDIÁTRICOS..... | 109 |
| GLOSSÁRIO | 153 |
| REFERÊNCIAS | 169 |

1 Introdução

Os prontos-socorros, tradicionalmente, são a porta de entrada dos pacientes na rede de saúde, onde são atendidas as urgências e emergências e os pacientes com quadro clínico leve ou moderado, que não conseguem assistência na atenção primária (ROSSANEIS, 2011).

São muitos os desafios a serem superados nas Emergências Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) atualmente, são eles: superlotação, fragmentação do processo de trabalho, conflitos e assimetria de fluxos, desrespeito aos pacientes, pouca articulação com o restante da rede de cuidado, entre outros.

A Portaria de Consolidação GM/MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, Anexo III, institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) destaca o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que se mostra como um instrumento reorganizador dos processos de trabalho com o objetivo de melhorar e consolidar o SUS. Sua proposta é estabelecer mudanças na forma e no resultado do atendimento do usuário do SUS e, sobretudo, deve ser um instrumento de humanização. No Art. 3º, § 3º versa que: “O acolhimento com classificação do risco, a qualidade e a resolutividade na atenção constituem a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda Rede de Atenção às Urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção” (BRASIL, 2017a, *online*).

A Classificação ou Avaliação de risco surgiu para garantir a equidade nas emergências frente a superlotação, ou seja, é a mudança de paradigma do atendimento por ordem de chegada, ressignificando o processo de triagem/exclusão para o baseado em evidências científicas, de forma que quanto maior o grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco, mais breve será o paciente atendido pelo médico, estratificando o risco em cinco níveis distintos e que têm sido referidos por cores para facilitar a visualização dos atendimentos (SACOMAN *et al.*, 2019 *apud* CAMPOLINO, 2019).

Os protocolos, que sustentam a classificação de risco do paciente, são definidos por parâmetros subjetivos e objetivos, tempos e fluxos que devem ser periodicamente revisados e atualizados pela instituição de saúde. O protocolo surge como um norteador, mas não é o único responsável pelo sucesso da classificação de risco, pois a sua implementação depende de capacitação prévia, profissionais qualificados e uma rede assistencial estruturada e organizada, capaz de assegurar a continuidade da assistência em outros serviços de saúde, quando necessária (HERMINDA *et al.*, 2018).

O Estado de Santa Catarina, por meio da Secretaria de Estado da Saúde (SES), visando à qualificação e humanização da atenção às urgências e emergências, desenvolveu o Protocolo de Santa Catarina - Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco. A Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 336, de 24 de agosto de 2014, no Art. 1º estabelece o Protocolo Catarinense - Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco como instrumento de linguagem única adotado no Estado. Para a sua execução, à época, foi constituída uma Comissão para desenvolver, implantar e acompanhar o ACCR nos pontos de atenção, a qual

consta na Portaria SES nº 124, de 24 de fevereiro de 2014 (SANTA CATARINA, 2014a; SANTA CATARINA, 2014b).

O Protocolo de Santa Catarina - Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco foi implantado como projeto piloto no Hospital Governador Celso Ramos em 2014 como prerrogativa para sua implementação nas demais unidades de saúde. Após consolidar as informações das equipes profissionais e do relatório elaborado pela Comissão Interna de Avaliação do referido projeto piloto, houve a necessidade de revisão e atualização. Para tal, foi constituído uma nova comissão para o desenvolvimento, implantação e acompanhamento do Protocolo, conforme a Portaria SES nº 15 de 04 de abril de 2022 e Portaria SES nº 633 de 28 de abril de 2022, composta por profissionais da Superintendência de Urgência e Emergência (SUE), da Superintendência de Planejamento em Saúde (SPS), da Superintendência de Hospitais Públicos (SUH), do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), além dessa comissão foram convidados profissionais da assistência hospitalar que atuam inclusive no acolhimento de pacientes nos serviços de Urgência e Emergência, de UPAs e da Atenção Primária à Saúde (APS) (SANTA CATARINA, 2022a; SANTA CATARINA, 2022b).

A partir da revisão do Protocolo Catarinense - Sistema de Acolhimento e Classificação de Risco foi constituído um novo protocolo, uma nova obra, denominado: Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR). Trata-se de um instrumento qualificado, com fundamentação científica atualizada, destinado a melhorar a organização das portas de entrada dos serviços de urgência e emergência.

Composto por fluxogramas clínicos, cirúrgicos, odontológicos, pediátricos, psiquiátricos e obstétricos, serve como excelente ferramenta de apoio ao enfermeiro da Classificação de Risco e ao médico da emergência, contribuindo para o acesso qualificado do paciente na porta de urgência ou emergência e o atendimento por ordem de gravidade.

Quando não for possível manter a vida ou aliviar o sofrimento nesse nível de atenção, passa-se imediatamente ao nível assistencial de maior complexidade e quando a condição saúde/doença do paciente permite, a continuidade da assistência na atenção primária, podemos chamar de atendimento contrarreferenciado, ou seja, o conceito de atendimento de urgência e emergência pressupõe o “atendimento em rede”.

O PCACR foi apresentado na Câmara Técnica de Urgência e Emergência da SES/SC, como novo instrumento para o ACCR em 17 de Agosto de 2022, foi posto em consulta pública, entre os dias 25 de agosto de 2022 e 12 de setembro de 2022 conforme Portaria SES nº 881 de 24 de agosto de 2022, posteriormente revisado, originando a 1ª Edição desta obra que foi registrada com ISBN 978-85-62522-16-1 em outubro de 2022 (SANTA CATARINA, 2022c).

Em 16 de novembro em reunião da CIB foi definido, conforme a Deliberação CIB nº 138/2022, o PCACR como instrumento para implantação do acolhimento e classificação de risco a ser adotado no Estado de Santa Catarina, visando à qualificação e humanização em todos os

níveis de atenção, prioritariamente nos pontos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, revogando a Deliberação CIB nº 336, de 24 de agosto de 2014 (SANTA CATARINA, 2022d).

Em seguimento às etapas supracitadas iniciou-se a etapa de aplicação do referido instrumento como projeto Piloto em 18 de novembro de 2022 no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) e UPA Continente (Florianópolis); no dia 22 de novembro de 2022 no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ) e no dia 28 de novembro de 2022 no Hospital Florianópolis (HF) por um período de 30 dias e após esse período todas essas unidades permaneceram com o PCACR, exceto a UPA Continente.

Após a implantação do PCACR nas unidades de Emergência dos Hospitais Piloto, identificou-se a necessidade de alguns ajustes no PCACR resultando nesta 2ª Edição do PCACR.

Em 27 de julho de 2023 a CIB, por meio da Deliberação nº 335/2023, resolve definir, conforme adesão do gestor/prestador, o Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR) como instrumento a ser adotado no Estado de Santa Catarina, visando instrumentalizar o profissional classificador, para avaliar e estratificar os pacientes com maior grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco, visando à qualificação e humanização nas Emergências Hospitalares e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), revogando a Deliberação CIB nº 138/2022 (SANTA CATARINA, 2023).

1.1 Objetivo Geral

- Instrumentalizar o profissional classificador das Emergências Hospitalares e UPAs para avaliar e estratificar os pacientes com maior grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco de morte.

1.2 Objetivos Específicos

- Classificar os pacientes, nos serviços de Emergências Hospitalares e UPAs, por meio dos fluxogramas e seus respectivos descritores, perante as queixas por eles apresentadas;
- Garantir ao paciente com maior grau de sofrimento, agravo à saúde e potencial de risco de morte, um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- Proporcionar um atendimento rápido, efetivo, e humanizado em consonância com a Política Nacional de Humanização.

1.3 Público Alvo

Pacientes que se encontram com agravos de urgência e emergência e procuram os Serviços de Emergência Hospitalar e UPAs.

No atendimento de urgências e emergências, a prioridade conferida ao paciente é condicionada ao PCACR seguindo os princípios do SUS da universalidade, equidade e integralidade, independente se o serviço é público, misto ou privado.

2 Conselhos de Classe Frente ao Acolhimento com Classificação de Risco

A Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.077/2014, dispõe sobre a normatização e o funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, no Art. 2º, torna obrigatória a implantação do ACCR para atendimento dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. Destaca, ainda, que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados para outras unidades por profissional não-médico.

Na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 661/2021, no Art. 1º, no âmbito da Equipe de Enfermagem, a classificação de risco e priorização da assistência é PRIVATIVA do ENFERMEIRO, conforme descrito a seguir:

§ 1º O Enfermeiro deverá ter curso de capacitação específico para o Protocolo adotado pela instituição, além de consultório em adequadas condições de ambiente e equipamentos para desenvolvimento da classificação.

§ 2º Para garantir a segurança do paciente e do profissional responsável pela classificação, deverá ser observado o tempo médio de 04 (quatro) minutos por classificação de risco, com limite de até 15 (quinze) classificações por hora.

Art. 2º O Enfermeiro durante a atividade de Classificação de Risco não deverá exercer outras atividades concomitantemente. (COFEN, 2021, *online*).

Conforme a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/1987, o Técnico de Enfermagem poderá auxiliar o Enfermeiro no ACCR, onde esse auxílio pode ser exemplificado pela aferição dos sinais vitais, antropometria, direcionamento do paciente para os fluxos da unidade, entre outras atividades cabíveis. O PCACR recomenda que o Técnico de Enfermagem participe do ACCR junto do profissional Enfermeiro para uma melhoria no tempo de atendimento bem como na segurança do paciente nas unidades beneficiárias.

É o enfermeiro quem decide quais informações precisarão ser obtidas sobre o estado de saúde do paciente, uma coleta de dados orientada para o problema, com foco na situação atual do paciente, avalia tanto dados objetivos quanto subjetivos para determinar o melhor fluxograma de classificação de risco.

Os pacientes que procuram as unidades de Emergência Hospitalar e UPAs para os procedimentos de enfermagem, tais como: retirada de pontos/drenos, curativo, troca de sondas, administração de medicamentos, dentre outros, não serão classificados, serão atendidos a partir da recepção ou do ACCR, e encaminhados, de acordo com o fluxo interno de cada unidade (que pode ser hospital dia, ambulatório, ou a própria unidade de emergência) para atendimento de enfermagem.

Estes procedimentos, em sua grande maioria, são possíveis de serem realizados na Atenção Primária, mas as unidades de Emergências Hospitalares e UPAs, podem realizá-los quando os Centros de Saúde estiverem fechados, avaliando cada caso, seguindo o fluxo interno próprio (dias e horários específicos).

3 Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)

Segundo Nilson (2017) o acolhimento é um fundamento e uma diretriz que possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde por meio de ferramentas que promovem vínculo, corresponsabilização, utilizando a escuta qualificada, avaliação integral de necessidades de saúde e análise de vulnerabilidade. Uma das ferramentas apontadas para serem utilizadas concomitantes ao acolhimento são os protocolos capazes de classificar e priorizar os atendimentos, diminuindo o tempo de espera e, conseqüentemente, o risco de agravamento do caso.

O processo de adoecer envolve questões subjetivas, biológicas e sociais e o ACCR por ser considerado um processo dinâmico, permite que o enfermeiro identifique as condições de risco e vulnerabilidade que o paciente pode estar apresentando, para então orientar e priorizar o atendimento para minimização da dor e sofrimento (PIRES, 2003).

Segundo o Brasil (2004a, p. 22) o objetivo da classificação de risco consiste:

- Avaliar o paciente logo na sua chegada ao pronto-socorro, humanizando o atendimento.
- Descongestionar o pronto-socorro.
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade.
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o paciente ser encaminhado diretamente às especialidades, conforme protocolo. Exemplo: ortopedia, ambulatórios, etc.
- Informar os tempos de espera.
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários.
- Retornar informações a familiares. (BRASIL, 2004a, p. 22).

O PCACR, reúne 83 fluxogramas, sendo 40 fluxogramas para adultos e 43 fluxogramas pediátricos, que abrangem as maiores queixas apresentadas pelos pacientes nas Emergências Hospitalares e UPAs.

Os fluxogramas apresentados neste protocolo foram elaborados a partir de uma construção coletiva, baseados em dados científicos e evidências clínicas que objetivam avaliar a gravidade, sofrimento ou potencial de agravamento da situação, bem como, a necessidade de uma intervenção pelo tempo determinado para cada tipo de prioridade .

Para a sua construção buscou-se fundamentação teórica em artigos científicos; literaturas de base; legislações; documentos editados pelo MS; outros protocolos disponíveis por meio eletrônico e participação de profissionais de várias áreas de conhecimento, pertinentes à elaboração desse documento.

O protocolo tem a função de orientar o profissional de saúde após uma capacitação específica para realizar uma análise sucinta e sistematizada, a qual possibilita identificar situações que ameaçam a vida.

Pretende-se, com sua construção, dar continuidade às mudanças no processo de organização das portas de entrada da urgência e a padronização para todos os pontos de atenção dos serviços de urgência e emergência, a fim de facilitar a comunicação entre as unidades hospitalares, pré-hospitalares móveis e fixa, e a atenção primária, proporcionando o acesso qualificado e mais resolutivo em tempo adequado para cada caso com o olhar sobre a humanização da assistência na área da urgência e emergência.

3.1 Ambiência da Sala de Acolhimento com Classificação de Risco

A sala de ACCR deve ser ampla, ventilada e com porta ou janela que possibilite a privacidade do paciente durante o acolhimento e ao mesmo tempo que o enfermeiro visualize a sala de espera. A ambiência adequada possibilita ao enfermeiro classificador observar a sala de espera, estar atento à chegada de pacientes graves ou piora do quadro de algum paciente. Algumas estratégias, usualmente adotadas, comprometem a privacidade e a assepsia do ambiente, como por exemplo, a adoção de janela com películas que aumenta os reflexos internos, pois terá uma iluminação maior que a sala de espera e a utilização de mecanismos como cortinas, persianas ou outra barreira visual. Diante do exposto o PCACR recomenda que para segurança do paciente e do enfermeiro classificador, na sala de classificação de risco tenha a possibilidade de visualização de câmeras de vídeo para o controle visual do enfermeiro do ambiente da sala de espera e recepção.

Para melhorar o processo de trabalho, o ACCR deve ter um acesso fácil aos consultórios médicos e à sala vermelha, com lavatório e no mínimo uma mesa com duas cadeiras para possibilitar ao profissional a realização do atendimento com qualidade. Destacando que, deve-se promover a acessibilidade, para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, conforme o preconizado pela Lei Federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000b).

Por se tratar de um ambiente de transição para outra área conforme avaliação e classificação, este deverá possuir duas portas, isso cria um fluxo dentro do ambiente devendo portanto, estar livre para a movimentação de cadeira de rodas e eventualmente macas de transporte. Com isso, recomenda-se que o mobiliário deve estar alinhado e junto às paredes, não devendo criar uma condição de sala de exames/consultório (BRASIL, 2002a).

Equipamentos e materiais necessários para a sala de classificação de risco:

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI);
- Computador e impressora;
- Protocolo de classificação de risco implantado pela Instituição (sistema e/ou impresso);

- Termômetro axilar digital (somente);
- Glicosímetro e acessórios;
- Relógio;
- Esfigmomanômetro e estetoscópio;
- Oxímetro ou monitor multiparâmetro;
- Material de curativo provisório até o atendimento médico;
- Material para identificação da prioridade clínica do usuário (ex.: pulseiras);
- Material para Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP).

3.2 A Utilização do PCACR

Toda e qualquer unidade de Emergência Hospitalar e UPA poderá utilizar o PCACR, desde que a unidade beneficiária tenha a autorização da SES, com instruções para implantação e capacitações prévias pela Superintendência de Urgência e Emergência (SUE) da SES.

O protocolo é gratuito, porém necessita de monitoramento de princípios básicos e adoção de mecanismos de controle de utilização da sua aplicabilidade, como a construção de uma comissão interna dentro da unidade da Emergência Hospitalar e UPA para trabalhar a educação permanente do PCACR, e o monitoramento dos indicadores do Protocolo por essa comissão interna. São previstas visitas periódicas pelo grupo operativo da Comissão do Protocolo para avaliação do funcionamento do PCACR nas unidades beneficiárias.

As unidades beneficiárias não podem alterar o PCACR sem autorização da Secretaria de Estado da Saúde. Quando for identificado qualquer necessidade de alterações a unidade beneficiária deverá encaminhar a sugestão fundamentada cientificamente para o Grupo Condutor da RUE (Rede de Urgência e Emergência), da Macrorregião, o qual irá conduzir a solicitação para a Gerência Regional de Saúde (GERSA) que, por meio de processo, do Sistema de Gestão de Processos Eletrônicos (SGPe), irá encaminhar para análise da Coordenação do PCACR que discutirá na Comissão de Implantação e Revisão do PCACR a qual, se julgar necessário, fará as devidas mudanças no Protocolo. O Grupo Operativo do PCACR informará aos enfermeiros multiplicadores de todas as unidades beneficiárias sobre as alterações.

Os pontos de atenção, não tem autonomia para alterar este documento sem anuência da referida comissão.

3.3 Padrão de Identificação do Risco x Tempo de Atendimento

A identificação do risco ocorrerá por meio da classificação do risco por tipo de prioridade e a sua cor correspondente, sendo especificada como prioridade máxima, alta, média, baixa e mínima, permitindo um atendimento rápido e seguro conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - Padrão de Identificação de Risco x Tempo de Atendimento

| PRIORIDADE | NOME | COR | TEMPO ALVO |
|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------|
| 1 | PRIORIDADE MÁXIMA | VERMELHO | 0 MINUTOS |
| 2 | PRIORIDADE ALTA | LARANJA | 15 MINUTOS |
| 3 | PRIORIDADE MÉDIA | AMARELO | 60 MINUTOS |
| 4 | PRIORIDADE BAIXA | VERDE | 120 MINUTOS |
| 5 | PRIORIDADE MÍNIMA | AZUL | 240 MINUTOS |

Fonte: Adaptado de Sousa (2019).

Como indicadores de qualidade e segurança no atendimento ao paciente no ACCR, temos o tempo estimado para a classificação de risco e o tempo para o atendimento médico após classificação de risco por prioridade. É recomendado que o paciente aguarde o mínimo de tempo para o acolhimento, afinal todo paciente pode ser considerado prioridade máxima até ser classificado pelo enfermeiro.

Entende-se que, em caso de alta demanda para a classificação de risco, onde pacientes estiverem aguardando mais do que 15 minutos para serem classificados, é recomendado pelo PCACR que seja aberta uma nova classificação de risco (ou quantas forem necessárias) para segurança do paciente, já que esse é o tempo de espera máximo para o atendimento do paciente classificado em prioridade alta.

A Resolução COFEN nº 661/2021 traz ainda que, para garantir a segurança do paciente e do enfermeiro classificador, deverá ser observado o tempo médio de quatro minutos por classificação de risco, com limite de até 15 classificações por hora (COFEN, 2021).

Já o tempo de espera para o atendimento médico se dará de acordo com a classificação de risco, conforme estabelecido no Quadro 1.

A classificação de risco é dinâmica, sendo necessário que, periodicamente, se reavalie o risco daqueles que ainda não foram atendidos e solicitem reavaliação por piora dos sintomas ou mesmo daqueles cujo tempo de espera após a classificação é maior do que aquele que foi estabelecido no protocolo (BRASIL, 2009).

Destaca-se a importância do fornecimento de informações ao paciente e ou familiar sobre o tempo provável de espera para o atendimento médico (BRASIL, 2009).

4 Fluxo de Atendimento para ACCR nas Portas de Entrada dos Serviços de Urgência e Emergência

Visando normatizar o fluxo das portas de entrada das Emergências Hospitalares e UPAs o PCACR define:

4.1 Admissão e Classificação de Risco por Demanda Espontânea

O paciente que procura o serviço de urgência e emergência, deverá ser acolhido pelos profissionais da recepção, onde será elaborada a ficha de atendimento, em seguida o paciente aguarda na recepção o chamado do enfermeiro do ACCR, que o atenderá, utilizando informações de escuta qualificada e aferição de dados vitais baseadas no protocolo, escolhendo o melhor fluxo e classificando o paciente. Ressalta-se que nas unidades de Emergências Hospitalares e UPAs, nenhum paciente com queixa poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável ao atendimento médico.

4.2 Admissão e Classificação de Risco de Paciente Proveniente do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel

O APH Móvel tem como objetivo o socorro imediato das vítimas que são encaminhadas para Emergências Hospitalares e UPAs. Está dividido em duas modalidades: o suporte básico à vida, que se caracteriza por não realizar procedimentos invasivos, e o suporte avançado à vida, que possibilita realizar procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2002b; FERREIRA, 1999).

O usuário que chegar por meio de uma viatura a uma unidade de urgência e emergência também deve ser submetido à classificação de risco. Esta classificação deve ser priorizada com o objetivo de liberar a unidade móvel para a próxima ocorrência. Após classificado, o usuário deve seguir o fluxo interno da unidade.

A avaliação para classificação de risco pode ser feita na sala de acolhimento, quando o paciente apresentar condições de saúde que permitam esse procedimento. E na sala vermelha quando o paciente não apresentar.

O ACCR deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior (médico ou enfermeiro), mediante capacitação específica para utilização do PCACR com o objetivo de avaliar as queixas e, assim, priorizar o atendimento. Na maioria dos serviços este atendimento é realizado por enfermeiro, o que está normatizado como uma atribuição privativa na Resolução do COFEN nº 661/2021 e Parecer Técnico nº 08 do COREN/SC 2021.

4.2.1 Pacientes Estáveis

Pacientes que chegam por meio de veículos de emergência devem passar, preferencialmente, pela classificação de risco para que o paciente seja classificado de acordo com a sua prioridade clínica. Desde que suas condições de saúde permitam esse procedimento.

A utilização informatizada do PCACR é obrigatória, pois facilita a coleta de dados, reduz o tempo de classificação de risco e melhora a confiabilidade na sua aplicação, minimizando, de forma significativa, os erros dependentes do profissional classificador.

Para os pacientes conduzidos pelo APH Móvel cujas condições não caracterizam urgência e emergência, a equipe de transporte deve repassar à unidade todas as suas informações clínicas. Bem como, o boletim de atendimento por escrito deve ser entregue ao enfermeiro a fim de serem classificados no setor de acolhimento. Na sequência serão encaminhados para o atendimento médico respeitando o fluxo interno das Emergências Hospitalares e UPAs conforme estabelecido na Resolução do CFM nº 2.110/2014, Art. 19.

4.2.2 Pacientes Graves e ou Instáveis

Pacientes que chegam por meio de veículos de emergência, com gravidade ou instáveis devem ser levados pela equipe da viatura diretamente à sala de emergência ou sala vermelha. Ainda assim, os serviços devem estabelecer rotinas que permitam a garantia da classificação de risco desses pacientes, seja a classificação realizada pela equipe da própria sala de emergência ou por intermédio de fluxos internos.

4.3 Prioridades Estabelecidas em Lei e Sua Adequação ao PCACR

No serviço de emergência o critério de situação clínica do paciente deve ser considerado, sem exceção, para definir a classificação de risco. Sendo que esta determinará a prioridade de atendimento. Em complemento, após essa classificação, já dentro de cada cor associada ao risco, a preferência de atendimento ocorrerá para pessoas idosas, gestantes, lactantes e pessoas com deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e outros. Conforme Brasil (2003b), o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003), a pessoa idosa com mais de 80 anos deve ter preferência especial sobre as demais pessoas idosas. Por exemplo, uma pessoa idosa com mais de 80 classificada na prioridade média terá preferência de atendimento em relação aos outros pacientes idosos atribuídos na mesma prioridade.

Essa determinação está fundamentada também no Art. 9º da Lei nº 13.146 de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e no Art. 1º da Lei Federal nº 10.048 de 2000, que tratam do atendimento prioritário para pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida. Destaca-se que o mencionado Estatuto afirma que nos serviços de emergência, a prioridade está condicionada aos protocolos de atendimento médico (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2000a).

Como é possível observar, as normas mencionadas utilizam o termo “prioridade” e para que este não se confunda com a prioridade dada a partir do critério da situação clínica, apli-

ca-se neste Protocolo a expressão “preferência de atendimento” para indicar a prioridade (que advém das normas) dentro da prioridade estabelecida na classificação de risco.

O PCACR orienta que os agentes prisionais quando conduzindo apenados ou detidos podem ter preferência por uma questão de segurança, para que aqueles que estão sendo conduzidos sejam atendidos o mais brevemente e possam se retirar da unidade, respeitando a condição clínica do apenado ou detido.

Nesse contexto da preferência de atendimento apresenta-se abaixo algumas sugestões para adequação de ambiência.

Quadro 2 - Sugestões de Adequação Considerando a Preferência de Atendimento nas Emergências Hospitalares e UPAs

SUGESTÕES DE ADEQUAÇÃO CONSIDERANDO A PREFERÊNCIA DE ATENDIMENTO NAS EMERGÊNCIAS HOSPITALARES E UPAS

A ficha do paciente deve permitir ao enfermeiro classificador selecionar em qual preferência este paciente se enquadra (ex.: pessoa idosa, gestante, etc.).

O sistema de informação físico ou eletrônico deve destacar esse paciente dos demais. Ou seja, daqueles que estão classificados no mesmo grau de gravidade respeitando a ordem de chegada, dentro do grupo preferencial.

A instituição deve dispor de um meio para sinalizar a preferência, a fim de que os demais usuários e a equipe entendam o motivo de ser preferência.

A sala de espera deve ter sua ambiência adequada aos pacientes com preferências de atendimento.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

5 Emergência Obstétrica

O processo de ACCR em emergência obstétrica possui algumas peculiaridades que estão relacionadas às necessidades decorrentes do processo gravídico-puerperal. Portanto, a Comissão do PCACR recomenda que nas portas de maternidade seja utilizado o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c).

O PCACR contempla situações de emergência obstétrica e possui algumas peculiaridades que estão relacionadas às necessidades decorrentes do processo gravídico-puerperal. Portanto, o mesmo recomenda que nas portas de maternidade seja utilizado o Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde.

Quando a unidade hospitalar dispuser de duas portas de entrada distintas, sendo uma para a Maternidade e outra para o fluxo geral de urgência e emergência, recomenda-se a utilização do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do Ministério da Saúde na porta da Maternidade. Disponibilizamos para utilização na Porta de Entrada Geral de urgência e emergência o PCACR.

Para as unidades de urgência e emergência que não possuem Maternidade esclarecemos que o PCACR possui fluxo específico que atende demandas relacionadas ao ciclo gravídico puerperal.



6 Metodologia do PCACR

A chamada do paciente para o ACCR, deve ser feita pelo enfermeiro em voz alta, na recepção da unidade, quando a unidade não dispuser de outro meio eletrônico de chamada, para que o paciente visualize quem o chama e ouça seu nome. O profissional deve cumprimentá-lo e se apresentar.

No consultório de ACCR o enfermeiro deve saber o que trouxe o paciente ao serviço de urgência. A história resumida sobre o problema/saúde/doença/lesão/situação apresentada fará com que o enfermeiro escolha o fluxograma mais específico dentre os 40 fluxogramas para adultos e 43 fluxogramas pediátricos no PCACR e que possui maior relação com a queixa apresentada pelo paciente. Os fluxogramas são caminhos para a definição da prioridade no ACCR.

Em cada fluxograma consta os sinais vitais recomendados para a avaliação do paciente pelo enfermeiro do ACCR, este deverá analisar cada descritor começando sempre pela Prioridade Máxima, até encontrar aquele adequado à situação atual do paciente, definindo assim a prioridade.

Figura 1 - Utilização do Fluxo

- Identificação da queixa, risco e vulnerabilidade que levou a procurar a unidade de saúde;
- 1 Selecionar um dos fluxogramas do PCACR;
- 2 Verificar os sinais vitais do paciente recomendados em cada fluxograma;
- 3 Iniciar sempre pela prioridade de maior risco (Prioridade Máxima);
- 4 Identificar o descritor (sinais e sintomas);
- O classificador deverá parar a classificação no momento em que ele responder sim ou identificar a presença do descritor;
- Caso o classificador ficar em dúvida com o fluxograma escolhido, deverá fazer o mesmo percurso com outro fluxograma.

FLUXO PEDIÁTRICO 12

1 Dor Abdominal

3

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECGs8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂ < 94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO →

4

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax > 37,3°C)
- Febre (Tax > 37,3°C + sinais de alerta)
- Sangramento digestivo
- Hematêmese constatada
- Erupção cutânea generalizada
- Sinais de desidratação

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO →

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,3°C e 37,7°C)
- Vômito
- Massa abdominal visível
- Distensão abdominal
- História de sangramento digestivo
- História ou relato de hematêmese
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO →

- Dor leve
- Azia
- Constipação intestinal
- Erupção cutânea localizada
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de diarreia
- Relato de constipação intestinal
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO →

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

2

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Idade | Parâmetros |
|-----------------------------------|--|
| Insuficiência Respiratória | |
| 1 a 12 meses | FR > 53mm ou FR < 30mm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mm ou FR < 22mm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mm ou FR < 20mm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 6 a 11 anos | FR > 25mm ou FR < 18mm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mm ou FR < 12mm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| 1 a 12 meses | FR > 53mm ou FR < 30mm |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mm ou FR < 22mm |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mm ou FR < 20mm |
| 6 a 11 anos | FR > 25mm ou FR < 18mm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mm ou FR < 12mm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco - PCACR

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

29

Protocolo Catarinense de Acolhimento e Classificação de Risco - PCACR

Os descritores possuem uma definição prévia (glossário), que estão baseados na literatura e devem ser observados ou mensurados. Apenas um descritor é suficiente para determinar a prioridade do paciente. Assim, após a classificação, o paciente é encaminhado para o atendimento médico de acordo com sua prioridade determinada pela sua situação clínica.

Figura 2 - Imagem da Página Inicial do Glossário

Os descritores apresentados em cada fluxograma possuem definição expressa no Glossário do PCACR, ao todo são 213 descritores referenciados, na sua grande maioria (78%), no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e, nos casos que não foram encontradas correspondências na referida base de dados, foram utilizadas outras literaturas de referência para defini-los (22%).

Os descritores que possuem parâmetros ou que são auto explicativos não possuem glossário.

GLOSSÁRIO

| | | | |
|----------|---|--|----|
| A | Abuso | Maus-tratos emocionais, financeiros, nutricionais ou físicos, ou exploração ou abandono de uma pessoa, geralmente por membros da família ou por funcionários de uma instituição. | 15 |
| | Afogamento grau 1 | Afogamento sem sinais de dificuldade respiratória. | 29 |
| | Afogamento grau 2 e 3 | Afogamento com sinais de dificuldade respiratória. | 29 |
| | Afogamento grau 4, 5 e 6 | Afogamento com sinais de insuficiência respiratória ou PCR (grau 6). | 29 |
| | Afonia | Perda completa da fonação devido à doença orgânica da laringe ou a causas não orgânicas. | 15 |
| | Agitação psicomotora | Sentimento de agitação associado com atividade motora elevada. Pode ocorrer como uma manifestação de toxicidade do sistema nervoso ou outras afecções. | 15 |
| | Agressão | Comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque, verbais ou físicas, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo. | 15 |
| | Alteração do aspecto da bolsa escrotal | Bolsa cutânea da pele que contém os testículos e os cordões espermáticos, com alteração local de dor, edema, aumento de volume, vermelhidão e ou elevação da temperatura. | 15 |
| | Alteração na perfusão periférica | Alterações na pele como hiperpigmentação, palidez à elevação, tempo de enchimento venoso, hiperemia reativa, úlceras cicatrizadas ou abertas. Formigamento, dor, queimação, câimbras musculares, edema, sensação de peso ou latejamento, prurido cutâneo, pernas inquietas, cansaço das pernas e fadiga. | 15 |
| | Angioedema | Inchaço envolvendo a derme profunda, tecidos subcutâneos, ou submucoso, representando um edema localizado. O angioedema frequentemente ocorre na face, lábios, língua e laringe. | 15 |
| | Ansiedade | Sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente. | 15 |
| | Anticoncepção pós-coito | Meios de intervenção pós-coito para evitar a gravidez, como a administração de anticoncepcionais pós-coito para impedir a fertilização de um ovo ou implantação de um óvulo fertilizado (implantação do óvulo fecundado). | 15 |
| | Artralgia | Dor na articulação. | 15 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

O tempo médio para a realização da classificação de risco, segundo o COFEN (2021), é de quatro minutos. Ressalta-se que, nesta avaliação, o profissional deve ter boa comunicação com o usuário e experiência suficiente nos cuidados de urgência, para definir a prioridade em tempo oportuno, sem causar maiores danos à saúde do usuário. O conhecimento prévio dos fluxos, por meio da capacitação, deve contribuir na agilidade em classificar o paciente pelo risco.

Não é objetivo da metodologia do PCACR qualquer tentativa de estabelecer uma presunção diagnóstica e sim classificar o risco do paciente.

A utilização informatizada do PCACR é obrigatória, pois facilita a coleta de dados, reduz o tempo de classificação de risco e melhora a confiabilidade na sua aplicação, minimizando, de forma significativa, os erros dependentes do profissional classificador.

Quando a instituição beneficiária aderir ao PCACR, recomendamos que utilize o mesmo na íntegra, para que não ocorra fragmentação no entendimento do mesmo. O registro da classificação de risco no prontuário do paciente é obrigatório em todas as unidades beneficiárias do PCACR.

7 Evolução de Enfermagem

Por se tratar de unidade de emergência, onde as demandas ocorrem sem programação prévia, tornando difícil estabelecer prioridades, é necessário dispor da implantação do registro de enfermagem adaptado às situações de urgência e emergência. Coletar informações suficientes para o planejamento do cuidado adequado para o paciente utilizando o mínimo de tempo possível (MIRANDA *et al.*, 2012). Deve-se lembrar que a Enfermagem é ciência e arte, sendo que vêm buscando estruturar seus valores e práticas por meio de seus registros nos serviços de saúde como um todo, o que não deve ser diferente nos serviços de urgência e emergência de forma científica (MARIA; QUADROS; GRASSI, 2012).

O desenvolvimento e organização do trabalho orienta a equipe de enfermagem, quanto a um cuidado individualizado e norteia o processo decisório do enfermeiro, no gerenciamento de sua equipe, com a adoção de normas, rotinas, protocolos, Procedimento Operacional Padrão (POP) e o Processo de Enfermagem (PE). O processo de cuidar torna-se mais dinâmico, garante a segurança do paciente, uma assistência de excelência e respaldo legal do enfermeiro e da instituição (TANNURE, 2019; LIMA *et al.*, 2020).

O enfermeiro classificador realizará um registro no prontuário do paciente, de acordo com os dados coletados. Este registro deverá conter informações mínimas de classificação de risco, de acordo com a Resolução COFEN nº 514/2016, que aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente.

O PCACR recomenda, a partir desta resolução, os dados mínimos para o registro realizado pelo enfermeiro no ACCR:

- Data e hora do procedimento;
- Nome do acompanhante da criança ou da pessoa idosa;
- Problemas/saúde/doença/lesão/situação/duração: breve histórico (relatado pelo paciente, familiar ou testemunhas);
- Alergias;
- Antecedentes Patológicos;
- Sinais vitais de acordo com o fluxograma adotado;
- Sinais objetivos identificados;
- Resultado de exames realizados ;
- Registrar o resultado da classificação;
- Encaminhamento do paciente conforme classificação;
- Nome completo e COREN do responsável pelo ACCR.

A evolução de enfermagem é útil a todos os membros da equipe envolvidos no tratamento do paciente, pois fornece as informações de maneira organizada e resumida, conferindo assertividade ao trabalho e segurança à comunicação entre o grupo. O registro facilita, ainda, o

mapeamento das ocorrências, reforça a responsabilidade dos profissionais envolvidos no atendimento e evita a repetição de perguntas ao paciente.

Para uma visão holística na avaliação do paciente na classificação de risco, o enfermeiro poderá utilizar a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), descrita por Horta (1979), adaptada à urgência e emergência, atendendo as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais do paciente. Esta teoria se destaca devido a necessidade do cuidado na unidade de emergência, onde o indivíduo apresenta-se vulnerável no âmbito biológico, espiritual e social.

Com o intuito de ser objetivo, temos as perguntas norteadoras, que servem para obter maiores informações acerca do problema/saúde/doença/lesão/situação em tempo oportuno, por exemplo:

O que está sentindo? O que o trouxe neste serviço? Há quanto tempo tem o problema? Quais os mecanismos de trauma (lesão por arma de fogo ou branca, queda de altura e/ou acidentes em via de trânsito)? Faz uso de medicamentos? Possui algum problema de saúde? Já sentiu essa dor antes? Onde estava quando iniciou os sintomas?

Os pacientes que não aguardaram o tempo de acolhimento ou que foram classificados e que desistiram de ser atendidos, deverão ser registrados na evolução que o mesmo optou em não esperar. Os pacientes encaminhados para outros pontos de atenção à saúde deverão receber o encaminhamento por escrito após atendimento médico.

8 Parâmetros a Serem Avaliados na Classificação de Risco

O PCACR padronizará alguns parâmetros necessários indispensáveis para a classificação de risco, conforme Figura abaixo:

Quadro 3 - Parâmetros a Serem Avaliados na Classificação de Risco

| | | | |
|---|--|----|------------------------------------|
| 1 | Risco de Morte, Ausência ou Instabilidade de Sinais Vitais | 6 | Avaliação da Temperatura |
| 2 | Avaliação do Nível de Consciência | 7 | Avaliação da Dor |
| 3 | Alteração da Pressão Arterial | 8 | Alteração Glicêmica |
| 4 | Alteração do Ritmo Cardíaco | 9 | Queimadura |
| 5 | Alteração do Padrão Respiratório | 10 | Fatores de Risco e Vulnerabilidade |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Recomenda-se que sejam verificados no ACCR os sinais vitais, estabelecidos em cada fluxograma, para a segurança da classificação de risco do paciente.

8.1 Risco de Morte, Ausência ou Instabilidade de Sinais Vitais

“Risco iminente de morte, para fins deste estudo, é aquela situação em que o paciente tem alta probabilidade de evoluir para óbito nos próximos minutos ou horas, se a intervenção médica indicada não for realizada” (CANO; BARBOSA, 2016, p. 149).

O atendimento desses pacientes se dá diretamente na sala vermelha, pois são pacientes com risco de morte, classificados como prioridade máxima e necessitando de atendimento médico imediato.

Assim, para a assistência a esses pacientes é reconhecido mundialmente o método mnemônico “ABCDE”, descritos abaixo, o qual define avaliações e intervenções específicas, ordenadas e priorizadas que devem ser seguidas em todos os pacientes (AHA, 2021a).

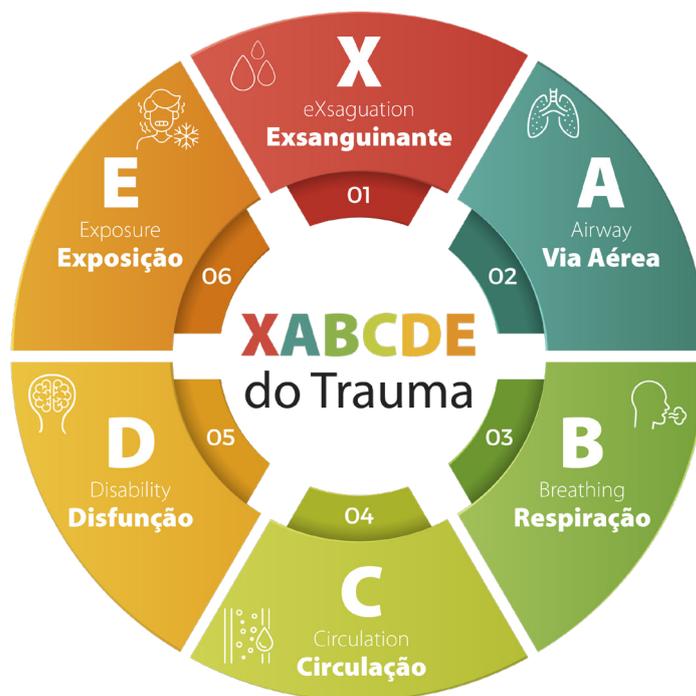
“A” Via aérea; “B” Respiração; “C” Circulação; “D” Disfunção; “E” Exposição .

O método mnemônico do trauma “ABCDE” ganhou, na 9ª edição do NAEMT (2018), a letra “X” correspondente a exsanguinação, passando o método ser “XABCDE”. O “X” é referente à **hemorragia exsanguinante** ou hemorragia externa grave (NAEMT, 2018).

Desse modo passou a ser dado mais ênfase às grandes hemorragias externas, antes mesmo do controle cervical ou da abertura das vias aéreas. Foi pensado para identificar lesões potencialmente fatais ao indivíduo (NAEMT, 2018).

É recomendado ao enfermeiro da sala vermelha que avalie a sequência mnemônica indicativa para paciente clínicos e traumatizados e que atue simultaneamente na sua avaliação, para preservar a vida e posterior classificação de risco no prontuário do paciente.

Figura 3 - Sequência Mnemônica Indicativa para Pacientes Traumatizados



Fonte: Adaptado de AHA (2021a) e NAEMT (2018).

8.2 Avaliação do Nível de Consciência

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental precisam ser classificados como prioridade máxima ou alta.

O nível de consciência é avaliado separadamente em adultos e crianças. Paciente convulsionando, ou que não esteja respondendo ao chamado, precisa ser classificado conforme os critérios da Escala de Glasgow.

A Escala de Coma de Glasgow (ECG) foi publicada originalmente por Graham Teasdale e Bryan J. Jennett, os quais eram professores de neurologia na Universidade de Glasgow, na Revista *Lancet* em 1974. Esta escala sofreu várias adaptações ao longo do tempo. Inicialmente foi aplicado a adultos, após foi adaptado para pediatria, incluindo crianças menores de dois anos. A ECG para Pacientes Intubados é a mais nova atualização, a qual leva em consideração também a resposta pupilar (BRASIL, 2022b).

A ECG possui três componentes, os quais fornecem uma pontuação, apresentados em forma de tabela que é padronizada. Em 2018, foi publicado na *JNS (Journal of Neurosurgery)* a combinação da ECG e a resposta pupilar. Por meio dessa escala que é possível mensurar o nível de consciência dos pacientes. E a partir desses dados podemos encaminhar o paciente de maneira mais segura. É preciso marcar "NT" na pontuação caso não seja possível obter resposta do paciente por conta de alguma limitação. Escala utilizada principalmente para traumas encefálicos e acidentes vasculares encefálicos (BRASIL, 2022b).

A pontuação final tem como escore máximo 15 e mínimo 1, obtidos a partir da soma dos pontos de cada um dos componentes, conforme destacamos a seguir:

Abertura Ocular (O)**Resposta Motora (M)****Resposta Verbal (V)****Reatividade Pupilar (P)**

$$\text{Pontuação ECG} = O + M + V - P$$

Quadro 4 - ECG Adulto e ECG Modificada para Pediatria

| ECG ADULTO E ECG MODIFICADA PARA PEDIATRIA | | | | | |
|--|--|----------------------|---|--|-----------|
| | Critério | Classificação Adulto | Classificação Pediátrica > 2 anos (criança verbal)  | Classificação Pediátrica < 2 anos (criança não verbal)  | Pontuação |
| Abertura Ocular (O) | Olhos abertos previamente à estimulação | Espontânea | Espontânea | Espontânea | 4 |
| | Após ordem em tom de voz normal ou em voz alta | Ao Som | Ao Som | Ao Som | 3 |
| | Após estimulação da extremidade dos dedos | À pressão | À pressão | À pressão | 2 |
| | Ausência persistente, sem fatores de interferência | Ausente | Ausente | Ausente | 1 |
| | Olhos fechados devido a fator local | Não testável | Não testável | Não testável | NT |
| Resposta Verbal (V) | Adequada relativamente ao nome, local e data | Orientada | Orientada, apropriada | Murmura e balbucia | 5 |
| | Não orientada, mas comunicação coerente | Confusa | Confusa | Irritável, chora | 4 |
| | Palavras isoladas inteligíveis | Palavras | Palavras | Chora em resposta à dor | 3 |
| | Apenas gemidos | Sons | Palavras incompreensíveis ou sons inespecíficos | Geme em resposta à dor | 2 |
| | Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência | Ausente | Ausente | Ausente | 1 |
| | Fator que interfere com a comunicação | Não testável | Não testável | Não testável | NT |
| Melhor Resposta Motora (M) | Cumprimento de ordens com 2 ações | A ordens | Obedece a comandos | Move espontânea e objetivamente | 6 |
| | Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo na cabeça ou pescoço | Localizadora | Localiza estímulo doloroso | Retira em resposta ao toque | 5 |
| | Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante não anormal | Flexão normal | Retira em resposta à dor | Retira em resposta a dor | 4 |
| | Flexão do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominante claramente anormal | Flexão anormal | Flexão em resposta à dor | Postura de flexão anormal em resposta a dor | 3 |
| | Extensão do membro superior ao nível do cotovelo | Extensão | Extensão em resposta à dor | Postura de extensão anormal em resposta a dor | 2 |
| | Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência | Ausente | Ausente | Ausente | 1 |
| | Fator que limita resposta motora | Não testável | Não testável | Não testável | NT |
| Reatividade Pupilar (P) | Ambas as pupilas reagem ao estímulo da luz | | | | 0 |
| | Uma pupila reage ao estímulo da luz | | | | 1 |
| | Nenhuma pupila reage ao estímulo da luz | | | | 2 |

A Reatividade Pupilar (P) deve ser subtraída do resultado obtido da avaliação da ECG, ou seja, (O+V+M)-P

Fonte: Adaptado de Morray *et al.* (1984); Brennan; Murray; Teasdale (2018); GSC (2015); AHA (2021b).

Quadro 5 - Escala de Coma de Glasgow por Prioridade de Atendimento

| Escala de Glasgow por prioridade de atendimento | | |
|---|-----------------------------|---|
| PONTUAÇÃO NA ESCALA DE GLASGOW | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | |
| ≤8 | Prioridade máxima |  |
| 9-12 | Prioridade alta |  |
| 13-14 | Prioridade média |  |

Fonte: Adaptado de Santos (2020).

8.2.1 Passos para Utilizar a ECG Corretamente

Segundo o Brasil (2022b, *online*) são:

1. **Verifique:** Identifique fatores que podem interferir na capacidade de resposta do paciente. É importante considerar na sua avaliação se ele possui alguma limitação anterior ou devido ao ocorrido que o impede de reagir adequadamente naquele tópico (Ex: paciente surdo não poderá reagir normalmente ao estímulo verbal).

2. **Observe:** Observe o paciente e fique atento a qualquer comportamento espontâneo dentro dos três componentes da escala.

3. **Estimule:** Caso o paciente não reaja espontaneamente nos tópicos da escala, é preciso estimular uma resposta. Aborde o paciente na ordem abaixo:

Estímulo sonoro: Peça (em tom de voz normal ou em voz alta) para que o paciente realize a ação desejada.

Estímulo físico: Aplique pressão na extremidade dos dedos, trapézio ou incisura supra-orbitária.

4. **Pontue e some:** Os estímulos que obtiveram a melhor resposta do paciente devem ser marcados em cada um dos três tópicos da escala. Se algum fator impede o paciente de realizar a tarefa, é marcado NT (Não testável). As respostas correspondem a uma pontuação que irá indicar, de forma simples e prática, a situação do paciente (Ex: O4, V2, M1 e P0 significando respectivamente a nota para ocular, verbal, motora e pupilar, com resultado geral igual a 7).

5. **Analise a reatividade pupilar (atualização 2018):** Suspenda cuidadosamente as pálpebras do paciente e direcione um foco de luz para os seus olhos. Registre a nota correspondente à reação ao estímulo. Esse valor será subtraído da nota obtida anteriormente, gerando um resultado final mais preciso.

Essas reações devem ser anotadas periodicamente para possibilitar uma visão geral do progresso ou deterioração do estado neurológico do paciente. (BRASIL 2022b, *online*)

8.3 Alteração da Pressão Arterial

8.3.1 Valores Pressóricos no Adulto

A Crise Hipertensiva (CH) é um termo que engloba os conceitos de Emergência Hipertensiva (EH) e Urgência Hipertensiva (UH), situações clínicas de aumento súbito da Pressão Arterial (PA), distintas em relação à gravidade e ao prognóstico, são comuns na prática clínica, principalmente nas consultas realizadas nas Emergências Hospitalares e UPAs, portanto, o diagnóstico adequado é essencial para o melhor tratamento e desfecho clínico (BARROSO *et al.*, 2020).

A EH apresenta elevação acentuada da PA (PAS \geq 180 e/ou PAD \geq 120 mmHg) associada à Lesão de Órgão Alvo (LOA) e risco imediato de morte, fato que requer cuidado intensivo imediato com monitorização na sala vermelha.

LOA: Lesões Cerebrovasculares: Encefalopatia Hipertensiva e Acidente Vascular Cerebral (AVC); Lesões Cardiovasculares: Síndromes Coronarianas Agudas (SCA); Edema Agudo de Pulmão (EAP); Dissecção Aguda de Aorta; Gestação: Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia; Crises Catecolaminérgicas: Overdose de Cocaína, LSD e Outras Drogas (BORTOLOTTI *et al.*, 2018).

Os sintomas associados às respectivas LOA são:

- Encefalopatia hipertensiva: desorientação, cefaleia intensa, rebaixamento do nível de consciência;
- AVCs: desorientação, rebaixamento do nível de consciência, déficit motor agudo, vertigem;
- SCA: dor no peito;
- EAP: taquidispneia, dessaturação;
- Dissecção aguda de aorta: dor no peito;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia: cefaleia intensa, zumbido, convulsão;
- Overdose de Cocaína / LSD /outras drogas: taquicardia e agitação psicomotora.

As UHs são situações clínicas assintomáticas em que há elevação acentuada da PA (PAS \geq 180 mmHg e/ou PAD \geq 120 mmHg) sem LOA, aguda e progressiva e não apresentam risco imediato de morte, mas têm potencial de risco para desenvolver LOA e requerem atendimento de prioridade alta (BORTOLOTTI *et al.*, 2018).

O PCACR considera que os pacientes com PA (PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 100 mmHg) sem LOA são de prioridade média, sem risco iminente de morte ou de desenvolver LOA.

A hipotensão arterial geralmente está associada ao choque que é a expressão clínica da hipoperfusão tecidual. O choque é uma emergência e é imprescindível a sua identificação pelo enfermeiro do ACCR. Em adultos com quadro de choque, a PAS $<$ 90 mmHg ou a Pressão Arterial Média (PAM) é $<$ 70mmHg. A PAM é calculada pela seguinte fórmula:

$$\text{PAM} = \frac{\text{PAS} + 2 \times \text{PAD}}{3}$$

Quadro 6 - Valores Pressóricos no Adulto por Prioridade de Classificação de Risco

| VALORES PRESSÓRICOS NO ADULTO POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | |
|--|-----------------------------|--|
| VALORES PRESSÓRICOS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | |
| PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD/≥ 120 mmHg + LOA PAS < 90 mmHg ou PAM < 70 mmHg | Prioridade máxima | |
| PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD/≥ 120 mmHg | Prioridade alta | |
| PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD/≥ 100 mmHg | Prioridade média | |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

8.3.2 Valores Pressóricos na Criança e no Adolescente

A SBP (2019, p. 3) expõe que: “Todas as crianças maiores de 3 anos devem ter a sua pressão arterial medida pelo menos uma vez por ano. Para as crianças menores de 3 anos, a avaliação da PA está indicada em condições especiais [...]”, conforme indicado no Quadro 7 ou de acordo com a indicação de aferição PA em determinados fluxogramas.

Quadro 7 - Situações que Requerem Medida da PA Antes de 3 Anos de Idade

| SITUAÇÕES QUE REQUEREM MEDIDA DA PA ANTES DE 3 ANOS DE IDADE | |
|--|--|
| Histórico neonatal | <ul style="list-style-type: none"> • Prematuros < 32 semanas • Muito baixo peso ao nascer • Cateterismo umbilical • Outras complicações no período neonatal requerendo internação em UTI |
| Doenças cardíacas | <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatia congênita (corrigida ou não) |
| Doenças renais | <ul style="list-style-type: none"> • ITU de repetição • Hematúria ou proteinúria • Doença renal conhecida • Malformação urológica • História familiar de doença renal congênita |
| Transplantes | <ul style="list-style-type: none"> • Órgãos sólidos • Medula óssea |
| Outros | <ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia • Tratamento com drogas que sabidamente aumentam a PA • Outras doenças associadas à Hipertensão (neurofibromatose, esclerose tuberosa, anemia falciforme, etc.) • Evidência de aumento da pressão intracraniana |

Fonte: SBP (2019, p. 3).

As crianças maiores de três anos ou adolescentes que sejam obesos, tomam medicamentos que podem elevar a PA, têm doença renal, são diabéticos, têm história de obstrução do arco aórtico ou coarctação da aorta, a PA deve ser medida em cada consulta ou de acordo com o fluxograma (SBP, 2019).



O PCACR considera que somente nas situações supracitadas e nos fluxogramas recomendados há necessidade de aferição da PA nas crianças no ACCR, após a aferição, destacamos atenção quanto aos valores, conforme o quadro abaixo, priorizando os pacientes com valores acima ou abaixo da referência apresentada.



Quadro 8 - Pressão Arterial Dentro da Normalidade em Pediatria

| PRESSÃO ARTERIAL DENTRO DA NORMALIDADE EM PEDIATRIA | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| Idade | Pressão Sistólica (mmHg) | Pressão Diastólica (mmHg) | Pressão Arterial Média (mmHg) |
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 | 28-42 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 | 48-57 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 | 45-60 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 | 50-62 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 | 49-62 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 | 58-69 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 | 66-72 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 | 71-79 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 | 73-84 |

Fonte: AHA (2021b, p. 58).

A hipotensão na criança é definida pelos limites da PAS mostrados no quadro abaixo:

Quadro 9 - Definição de Hipotensão por PAS e Idade

| DEFINIÇÃO DE HIPOTENSÃO POR PAS E IDADE | |
|---|--------------------------|
| Idade | PAS (mmHg) |
| Neonatos (0-28 dias) | <60 |
| Bebê (1 a 12 meses) | <70 |
| Crianças de 1 a 10 anos | <70 + (idade em anos x2) |
| Crianças >10 anos | <90 |



Fonte: AHA (2021b, p. 58).

8.3.3 Valores Pressóricos na Gestante

A Síndrome Hipertensiva Gestacional é uma importante complicação da gestação, estando entre as principais causas de morbimortalidade materna e fetal, como também dos diagnósticos de prematuridade, sofrimento fetal e crescimento fetal restrito (MOURA *et al.*, 2011).

É importante diferenciar a hipertensão que antecede a gravidez, daquela que é uma condição específica da mesma. Na primeira, a elevação da PA vem como aspecto fisiopatológico básico da doença, a segunda é resultado de uma má adaptação do organismo materno à gravidez, sendo a hipertensão uma manifestação clínica de um quadro bem maior. Sendo assim, fica clara a diferença do impacto dessas duas condições, sobre mãe e feto, é bem diferente, assim como as estratégias de seguimento e propostas terapêuticas (MOURA *et al.*, 2011).

Dentro das síndromes hipertensivas gestacionais deve-se dar uma atenção especial à pré-eclâmpsia ou doença hipertensiva específica da gravidez que ocorre como forma isolada ou associada à hipertensão arterial crônica e está associada aos piores resultados, maternos e perinatais (MOURA *et al.*, 2011).

A pré-eclâmpsia ocorre após 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropsia fetal) acompanhada de proteinúria, com desaparecimento até 12 semanas pós-parto. Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2010).

O surgimento de formas graves é dividido em: eclâmpsia quando surgem as convulsões tônico-clônicas generalizadas e/ou coma, em gestante, na ausência de doenças neurológicas que a justifiquem. A outra forma severa da pré-eclâmpsia é a Síndrome HELLP foi relatada pela primeira vez na década de 50 e em 1982 Weinstein definiu o acrônimo HELLP onde H significa hemólise EL elevação das enzimas hepáticas e LP plaquetopenia (MOURA *et al.*, 2011).

Quadro 10 - Valores Pressóricos na Gestante por Prioridade de Classificação de Risco

| VALORES PRESSÓRICOS NA GESTANTE POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | |
|--|-----------------------------|
| VALORES PRESSÓRICOS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO |
| PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD/ \geq 100 mmHg | Prioridade alta |
| PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD/ \geq 90 mmHg | Prioridade média |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

8.3.4 Procedimento para Aferição da Pressão Arterial e Suas Considerações para Adultos, Adolescentes e Crianças

Primeiramente, certifique-se que o esfigmomanômetro esteja calibrado, ter atenção às orientações do fabricante, as manutenções preventivas e a correta calibração.

Utilizar o Quadro 11, para verificar o tamanho do manguito adequado ao braço do paciente.

Quadro 11 - Dimensões do Manguito de Acordo com a Circunferência do Membro

| DIMENSÕES DO MANGUITO DE ACORDO COM A CIRCUNFERÊNCIA DO MEMBRO | | | |
|--|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Circunferência do braço (cm) | Denominação do manguito | Largura do manguito (cm) | Comprimento da bolsa (cm) |
| \leq 6 | Recém-nascido | 3 | 6 |
| 6-15 | Criança | 5 | 15 |
| 16-21 | Infantil | 8 | 21 |
| 22-26 | Adulto pequeno | 10 | 24 |
| 27-34 | Adulto | 13 | 30 |
| 35-44 | Adulto grande | 16 | 38 |
| 45-52 | Coxa | 20 | 42 |

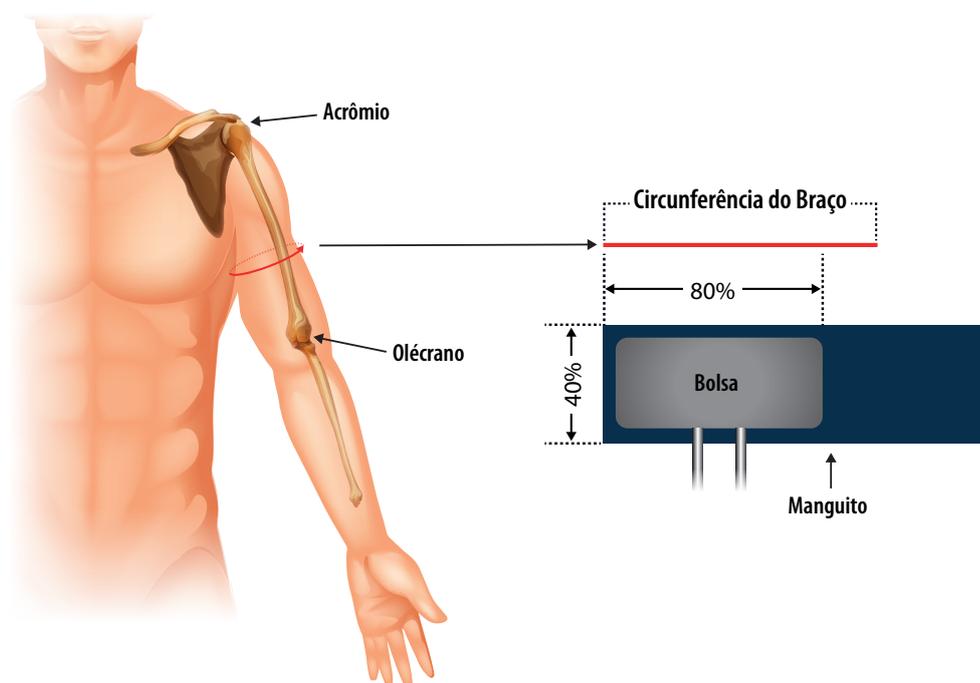
Fonte: Malachias *et al.* (2017) *apud* Barroso *et al.* (2020, p. 543).

Na criança, um dos cuidados iniciais para selecionar o manguito ideal é medir a circun-

ferência do braço. Para isso, o enfermeiro deverá medir a distância entre dois pontos: olécrano e acrômio e determinar o ponto médio dessa distância.

No ponto médio, identificar qual é a medida da circunferência do braço. A partir dessa medida, é selecionado o tamanho do manguito. O tamanho ideal é aquele que cobre 40% da largura e 80 a 100% do comprimento (MARINS; SCHUENGUE, 2022).

Figura 4 - Identificando a Medida da Circunferência do Braço



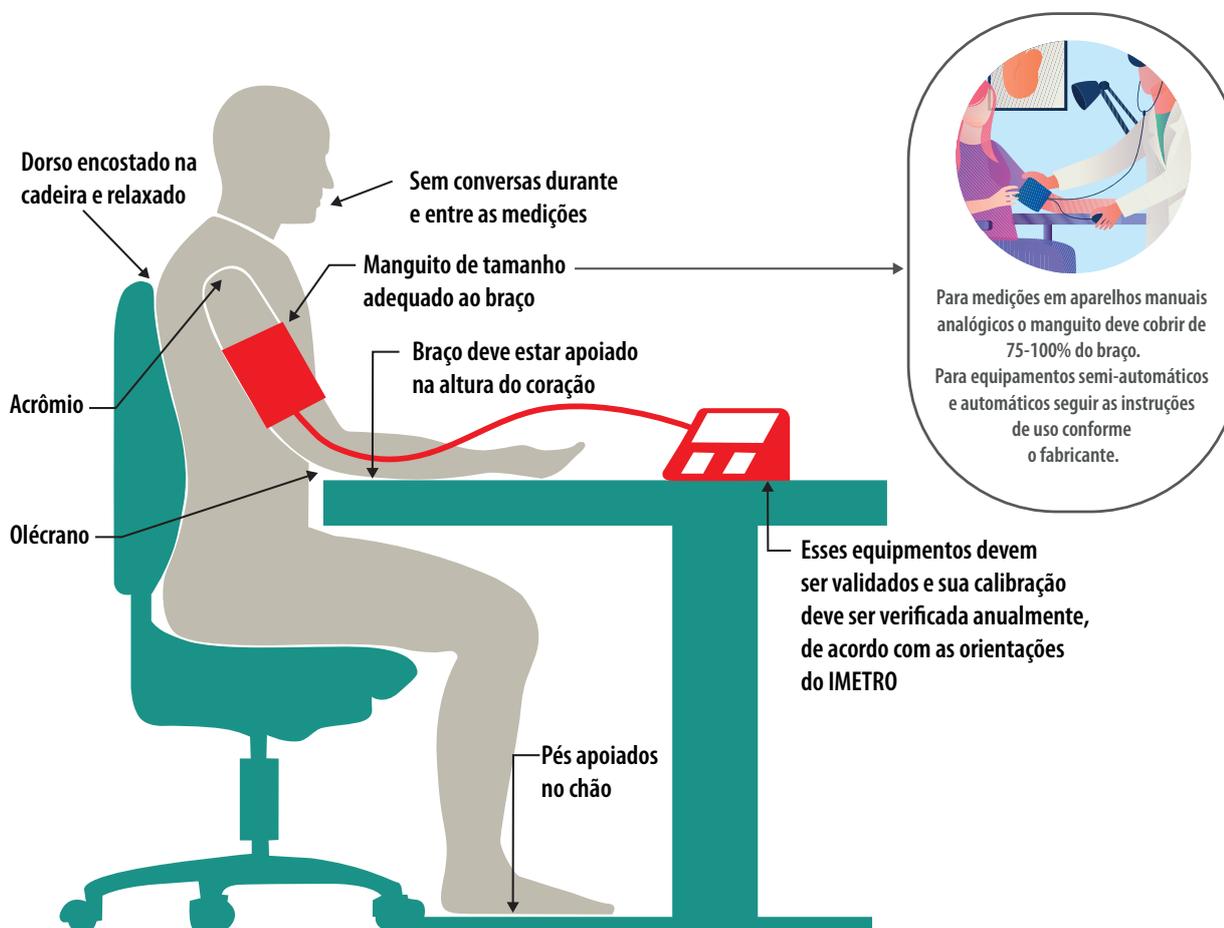
Fonte: Adaptado de Marins e Schuengue (2022).

Preparo do Paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de três a cinco minutos em ambiente calmo. Orientar o paciente para não conversar durante a aferição. Caso o paciente tenha dúvidas deve ser esclarecido antes do procedimento;
2. Certificar-se de que o paciente está de bexiga vazia, não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, está sem ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos e sem fumar nos 30 minutos anteriores;
3. Posicionamento:
 - O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
 - O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro;
4. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano;
5. Colocar o manguito, sem deixar folgas, dois a três cm acima da fossa cubital;
6. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
7. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial;

8. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
9. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
10. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
11. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
12. Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);
13. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
14. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero;
15. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;
16. Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência;
17. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
18. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a PA foi medida.

Figura 5 - Imagem Ilustrativa de Como Aferir a Pressão Arterial



Fonte: Brasil (2021, p. 82).

8.4 Alteração do Ritmo Cardíaco

A alteração do ritmo cardíaco é uma situação clínica muito comum nas Emergências Hospitalares e UPAs, e o enfermeiro do ACCR precisa estar atento e cauteloso para a detecção precoce deste agravo, é necessário a classificação por prioridade para as intervenções essenciais no tempo adequado diante do grande impacto da mortalidade por complicações cardiovasculares.

As arritmias estão presentes em várias situações clínicas e estão divididas em causas cardíacas sendo estas: Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Doença de Chagas, Insuficiência Cardíaca (IC), e outras. Mas ainda merecem destaque as causas não cardíacas, Embolia Pulmonar, como os distúrbios eletrolíticos, intoxicação digitalica, hipóxia, estresse, uso de drogas estimulantes como, por exemplo, cocaína e crack, atividade física e hiper ou hipotermia (PIRES; STARLING, 2006 *apud* DAL SASSO *et al.*, 2013). Acrescentamos ainda a anemia, sepse, hipertireoidismo, como outras causas não cardíacas de arritmia.

São muitas as repercussões fisiológicas que os distúrbios no ritmo ou na Frequência Cardíaca (FC) podem trazer para a hemodinâmica do paciente. Sendo assim, Knobel (2002, *apud* DAL SASSO *et al.*, 2013) afirma que a interpretação das arritmias pode se dar por meio da leitura do ECG em 84% dos casos. A interpretação correta do mecanismo das arritmias é importante, pois possibilita uma abordagem terapêutica mais racional e eficaz. No entanto, no ACCR, além da FC alterada, o enfermeiro precisa estar atento aos sinais e sintomas de alerta das arritmias cardíacas associados ao sinal vital.

Do ponto de vista clínico, o PCACR considera fatores indicativos de instabilidade, **sinais de alerta:**

- Síncope ou pré-síncope;
- Alteração do nível de consciência/desorientação;
- Vertigem/Tontura;
- Mal-estar geral/Fadiga;
- Sudorese fria/palidez;
- Dispneia;
- Palpitações;
- Dor no peito;
- Pulso fino/arrítmico.

Pires e Starling (2006 *apud* DAL SASSO *et al.*, 2013, p. 29) mostra que os principais mecanismos das arritmias comumente encontradas em emergências são:

- **Bradiarritmias:** Bradicardia Sinusal e Bloqueios Atrioventriculares (BAVs).
- **Taquiarritmias:** Extra-sístole; Taquicardia Supraventricular; Taquicardia Ventricular; Flutter atrial; e Fibrilação Atrial e Ventricular.

Considerando o ritmo cardíaco do adulto dentro da normalidade entre 50-100 bpm, de acordo com as novas Diretrizes da *American Heart Association* em 2018, foi elaborado o Quadro 12 apresentando as variações da FC e suas respectivas prioridades (GISMONDI, 2018).

Quadro 12 - Arritmias Cardíacas por Prioridade de Classificação de Risco no Adulto

| ARRITMIAS CARDÍACAS POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO ADULTO | | |
|---|-----------------------------|--|
| ARRITMIAS CARDÍACAS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | |
| Bradicardia FC <50 bpm + sinais de alerta Taquicardia FC >100 bpm + sinais de alerta | Prioridade máxima | |
| Bradicardia FC <50 bpm Taquicardia FC >120 bpm | Prioridade alta | |
| Bradicardia FC <60 bpm Taquicardia FC >100 bpm | Prioridade média | |

Fonte: Adaptado de Gismondi (2018).

Assim como nos adultos, as arritmias na pediatria são classificadas como bradiarritmias e taquiarritmias, de acordo com a FC, lenta ou rápida, respectivamente. Para a estratificação do risco e sua priorização no atendimento das arritmias, o ritmo basal e a FC normal da criança devem ser avaliados, conforme Quadro 13, abaixo. Não deixando de observar os sinais de alerta, bem como o grau de comprometimento sistêmico que a arritmia está causando.

Quadro 13 - Frequência Cardíaca (bpm) Normal Pediátrica por Idade



| FREQUÊNCIA CARDÍACA (BPM) NORMAL PEDIÁTRICA POR IDADE | | |
|---|---------|--------|
| Idade | Vigília | Sono |
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12-15 anos | 60-100 | 50-90 |

Fonte: AHA (2021b, p. 53).

Os sinais de alerta na pediatria, assim como nos pacientes adultos, são diferenciais para a priorização no atendimento, muitos deles são os mesmos inclusive. No geral, a sintomatologia é bem inespecífica. Pode se apresentar nos lactentes como irritabilidade, inapetência, ou em qualquer faixa etária com desconforto respiratório ou pode estar associada a condições como febre, hipovolemia, distúrbios hidroeletrólíticos, etc.

8.5 Alteração do Padrão Respiratório

Os distúrbios respiratórios são situações clínicas comuns nas urgências e emergências que colocam a vida do paciente em risco. Identificar precocemente as evidências de sinais de dificuldade respiratória e de Insuficiência Respiratória Aguda (IRpA) é primordial para o enfermeiro no ACCR, para que o risco de morte seja minimizado, classificando adequadamente o paciente pela prioridade de atendimento, para conseqüentemente intervir, de modo a propiciar melhores resultados para o mesmo.

O desconforto respiratório é um estado clínico caracterizado por um aumento da frequência e do esforço respiratório, abrangendo um espectro desde taquipneia leve com maior esforço até desconforto intenso com Insuficiência Respiratória (IRp) iminente (AHA, 2021b).

As pessoas descrevem a sensação de diferentes maneiras. Elas podem usar as palavras “respiração curta”, “aperto no peito”, “não tenho ar suficiente”, etc. Muitas são as causas possíveis: doença pulmonar, doença cardíaca, anemia, baixo condicionamento físico, etc. A dispneia pode ser apresentada na forma crônica, mas pacientes crônicos com problemas respiratórios podem desenvolver um episódio súbito de falta de ar (chamado de “evento agudo respiratório”) (ATS, 2022).

Quando os pulmões, de forma súbita, são incapazes de realizar as trocas gasosas de forma adequada, causando hipoxemia ou hipercapnia, temos a IRp. Esta é definida como uma síndrome, pela incapacidade de um ou mais componentes do sistema respiratório (musculatura torácica, pleura, diafragma, vias aéreas superiores, alvéolos, circulação pulmonar, sistema nervoso central e periférico) (STUDART NETO *et al.*, 2022).

A descrição da gravidade do desconforto respiratório geralmente inclui a descrição da frequência e do esforço respiratório, da qualidade dos sons respiratórios e o estado mental (AHA, 2021b).

A obstrução de vias respiratórias também pode ser causada pela presença de corpos estranhos, restos alimentares, sangue ou hematoma, edema de laringe, objetos encravados, ferimentos abertos na face ou no pescoço (ACS, 2007; NAEMT, 2007 *apud* DALRI *et al.*, 2013).

No ACCR o enfermeiro deverá estar atento aos seguintes sinais, sintomas e parâmetros de IRp conforme descritos neste capítulo.

Consideramos os principais **sinais de alerta**: alteração do estado mental, com confusão, agitação ou sonolência, taquicardia, bradicardia, hipotensão, taquipneia, bradipneia, fala entrecortada, queda da SaO₂ <95%, uso da musculatura acessória, batimento de asa de nariz, tiragem intercostal, palidez, moteamento, cianose e retração de fúrcula. Estes são indicativos de classificação em prioridade máxima e atendimento em sala vermelha (STUDART NETO *et al.*, 2022; AHA, 2021b).

Vários são os parâmetros de **dificuldade respiratória e/ou IRp** a serem observados no ACCR:

- **Frequência Respiratória (FR):** A FR deve ser contada por um minuto inteiro e avaliada em uma das seguintes categorias:

1. **Eupneia:** frequências entre 12 a 20 movimentos ventilatórios por minuto (mvm). (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 2. **Taquipneia:** frequências superiores a 20 mvm (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 3. **Bradipneia:** FR inferior a 10 mvm (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 4. **Hiperpneia:** Aumento na profundidade da respiração além do normal, que pode existir com ou sem hiperventilação (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
- **Ritmo:** O uso excessivo da musculatura abdominal indica um aumento do esforço ventilatório. Na observação do ritmo, é importante identificar a dispneia, que é a experiência subjetiva de sensações respiratórias desconfortáveis (MARTINEZ; PADUA; TERRA FILHO, 2004 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 - **Grau de Esforço Ventilatório:** O uso de musculatura acessória e o aumento do esforço inspiratório podem indicar obstrução de vias aéreas por corpo estranho ou anafilaxia, por exemplo (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 - **Cor da Pele:** A cianose central, que indica problemas circulatórios ou ventilatórios, geralmente é considerada um sinal tardio da disfunção respiratória hipoxêmica (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 - **Presença de Deformidades:** O baqueteamento digital é indicativo de hipoxemia originada por doença pulmonar crônica ou cardiovascular. Outras deformidades como a do tórax: tórax em barril, tórax cifótico, tórax de pombo, etc. podem indicar problemas respiratórios crônicos (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013; STUDART NETO *et al.*, 2022).
 - **Estado Mental:** Rebaixamento do nível de consciência, comportamento inapropriado, agitação e confusão mental podem ser causados pela diminuição do nível de oxigênio ou pelo aumento da concentração de CO₂ sanguíneos (MOORE, 2007 *apud* BARBOSA; DAL SASSO, 2013).
 - **Tosse:** é um reflexo de defesa da via aérea em condições fisiológicas, entretanto ela pode ser um indicador de patologias pulmonares.
 - **Saturação de Oxigênio (SaO₂):** A SaO₂ avalia a proporção da hemoglobina a qual há O₂ ligado. Existe maneira invasiva (gasometria arterial) e não invasiva (oximetria de pulso), para mensurar a SaO₂. Os valores considerados normais não são bem estabelecidos, assim como os limiares fidedignos para hipóxia tecidual, porém considera-se normal o valor da SaO₂ >95% em repouso. Nos pacientes hipoxêmicos crônicos, por exemplo com DPOC, o limiar pode ser menor (SaO₂ 88-92%) (STUDART NETO *et al.*, 2022).

Considerando o tempo breve para o ACCR, a não obrigatoriedade por parte do enfermeiro em fazer o exame físico completo do paciente e a necessidade de priorizar

o atendimento por gravidade, além dos parâmetros citados acima, o PCACR estabelece o som respiratório estridor como critério de prioridade alta, sendo este o principal ruído respiratório adventício observado principalmente na pediatria, que pode ser reconhecido com ou sem estetoscópio.

- **Estridor:** é um sintoma de obstrução da via aérea superior, determinado por um som agudo pelo fluxo de ar que passa por um segmento estreitado da via respiratória (região supraglótica, traqueia ou brônquios) (MAUNSELL; DI FRANCESCO, 2022).

Quadro 14 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO₂ no Adulto por Prioridade de Classificação

| PARÂMETROS DE SINAIS DE FR E SaO ₂ NO ADULTO POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | | | |
|---|---|-----------------------------|--|
| | PARÂMETROS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | |
| Insuficiência Respiratória | FR > 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 90% ou FR < 10mvm | Prioridade máxima | |
| Dificuldade Respiratória | FR > 20mvm ou SaO ₂ 90-95% | Prioridade alta | |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).



Quadro 15 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO₂ na Criança e Adolescente por Prioridade de Classificação

| PARÂMETROS DE SINAIS DE FR E SaO ₂ NA CRIANÇA E ADOLESCENTE POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | | | |
|--|--------------|---|-----------------------------|
| | IDADE | PARÂMETROS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO |
| Insuficiência Respiratória | 1 a 12 meses | FR > 53mvm ou FR < 30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% | Prioridade máxima |
| | 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% | |
| | 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% | |
| | 6 a 11 anos | FR > 25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% | |
| | 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% | |
| Dificuldade Respiratória | 1 a 12 meses | FR > 53mvm ou FR < 30mvm | Prioridade alta |
| | 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22mvm | |
| | 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20mvm | |
| | 6 a 11 anos | FR > 25mvm ou FR < 18mvm | |
| | 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm | |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Quadro 16 - Frequência Respiratória Normal por Idade, Recomendada para Pediatria

| Frequência Respiratória Normal por Idade, Recomendada para Pediatria | |
|--|----------|
| Idade | FR (mvm) |
| 1 a 12 meses | 30-53 |
| 1 a 2 anos | 22-37 |
| 3 a 5 anos | 20-28 |
| 6 a 11 anos | 18-25 |
| 12-15 anos | 12-20 |



Fonte: AHA (2021b, p. 46).

8.6 Avaliação da Temperatura

A manutenção da temperatura corpórea se dá por mecanismos que equilibram a perda e a produção de calor. O hipotálamo se constitui na principal estrutura anatomofuncional na cascata dos complexos mecanismos implicados no controle da temperatura corporal e na febre. A atividade metabólica é a maior fonte de calor do organismo. Entre os fatores que intensificam o metabolismo, está a febre, já que o aumento de 1°C na temperatura corporal produz elevação de 10% do metabolismo basal (GARCIA-ZAPATA; SOUZA-JÚNIOR, 2006).

Os agentes capazes de desencadear febre são denominados de pirógenos exógenos, e podem ser classificados como infecciosos (vírus, fungos, bactérias e toxinas) e não infecciosos (complexos antígeno-anticorpo e antígenos resultantes da destruição celular, como a que ocorre na reabsorção de hematomas, necrose tumoral, cicatrização tissular, reações às vacinas, etc.) (SBP, 2011).

Diante disso, a febre é uma resposta complexa, fisiológica e adaptativa de um agente infeccioso ou não, contudo uma queixa frequente nas emergências adulto e principalmente pediátricas. Trata-se de um sintoma, não um diagnóstico.

Sabe-se que a variação da “temperatura normal” depende do local da aferição, que pode ser: axilar, oral, retal ou timpânica, que varia de acordo com o horário do dia, que também varia de acordo com a idade (criança, adulto, pessoa idosa) e condição de saúde como ciclo menstrual e gravidez (SMELTZER *et al.*, 2011).

Desse modo, a febre é considerada um parâmetro difícil de mensurar, com uma infinidade de escolas com valores que oscilam em pequenas diferenças, mostrando que estamos longe de um consenso sobre a febre.

Assim, deve-se interpretar com cautela o valor da temperatura corporal medida, para não considerar como febril um paciente que apresenta temperatura corporal elevada (hipertermia), por ter sido tomada em determinado horário e circunstâncias, por exemplo, num fim de tarde, de um dia de verão, após atividade física e/ou com muita roupa (SBP, 2011).

É importante estabelecer a causa da febre em relação à condição clínica do paciente e o seu padrão de sintomas. Para a maioria dos adultos, não existem evidências convincentes de que a febre por si só é prejudicial e não requer supressão imediata, mas sabe-se que ela traz consigo mal-estar geral e por isso deve ser medicada (PARK, 2020).

Apesar da febre das crianças poder ser controlada com antipiréticos, não existem evidências científicas de que a administração de antipiréticos reduza a incidência de convulsões em crianças suscetíveis (SBP, 2011).

Os recém-nascidos (RNs), principalmente os prematuros, podem apresentar hipotermia na vigência de infecção e os pacientes desnutridos podem não apresentar febre nos quadros infecciosos (SBP, 2011).

O desafio está na diferenciação da maioria das crianças com febre causada por uma doença benigna (e, muitas vezes, autolimitada) daquelas poucas que, se não tratadas, correm o risco de evoluir para um quadro infeccioso grave com altas morbidade e mortalidade [...] (SANTOS, 2013, p. 441).

Não existem evidências clínicas de que a magnitude da temperatura alcançada nos quadros febris tenha qualquer valor prognóstico (gravidade) ou diagnóstico (etiologia viral ou bacteriana) nos quadros infecciosos. Contudo, a temperatura corporal igual ou superior a 39,5°C inibe o desempenho da atividade enzimática, que depende da temperatura para sua atividade normal, podendo, assim, inibir os mecanismos normais de defesa dela dependente (SBP, 2021).

Para fins de confiabilidade, respeito à privacidade do paciente, agilidade, e fundamentação científica adequada, utilizaremos no PCACR a aferição da Temperatura Axilar (Tax) com termômetro digital axilar para crianças e adultos no ACCR.

Segundo a SBP (2021) a febre na criança é definida quando a Tax ultrapassa 37,3°C incluindo no quadro clínico: **extremidades frias, ausência de sudorese, sensação de frio e eventualmente tremores, taquicardia e taquipneia.**

Também podemos perceber nas crianças os sinais de alerta como **letargia, sonolência, perfusão periférica lentificada, taquicardia, hipoventilação ou hiperventilação, cianose, choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, inapetência, distúrbio do sono, rinorreia, sibilos, diarreia, vômito, oligúria, disúria, polaciúria,** etc. (SOUSA, 2018).



Para o adulto, o PCACR adota o seguinte padrão de Tax: hipotermia (<35,5°C) normalidade (36°C a 37,7°C), febre (37,8°C a 39,5°C), febre alta (acima de 39,6°C).

Os sinais de alerta, listados abaixo, são utilizados para os pacientes adultos com febre.

- Síncope ou pré-síncope;
- Alteração do nível de consciência/desorientação;
- Vertigem/Tontura;
- Mal-estar geral/Fadiga;
- Sudorese fria/palidez;
- Dispneia;
- SaO₂ < que 95% em ar ambiente;
- Palpitações;
- Dor no peito;
- Pulso fino/arritmico.

Os episódios de febre são frequentes nos pacientes neutropênicos e por essa particularidade merecem prioridade de atendimento no PCACR (LAMBERTUCCI *et al.*, 2005).

Quanto à hipotermia, sabe-se que a Tax não é a mais adequada para aferição, porém, abaixo de 35,5°C, deve-se valorizar o achado, principalmente em pessoas idosas com processo infeccioso. À medida que a temperatura corporal diminui, todos os órgãos são afetados, com redução do fluxo sanguíneo cerebral e dos processos metabólicos. Ocorre mais frequentemente em crianças e pessoas idosas. Além da baixa temperatura corporal, podem-se observar calafrios, confusão mental, taquicardia, delírio, hipotensão arterial, cianose, rigidez muscular, torpor e coma. As causas de hipotermia abrangem imersão em água muito fria, desabrigados em épocas de inverno, distúrbios da termorregulação e hipertensão arterial (PORTO, 2017).

Quadro 17 - Variações da Tax na Criança, no Adolescente e no Adulto por Prioridade de Classificação

| VARIACIONES DA Tax NA CRIANÇA, NO ADOLESCENTE E NO ADULTO POR PRIORIDADE DE CLASSIFICACAO | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
| VARIACIONES DA TEMPERATURA |  CRIANÇA E ADOLESCENTE | ADULTO | PRIORIDADE DE CLASSIFICACAO |
| Hipotermia | < 35,5°C | < 35,5°C | Prioridade alta |
| Febre Alta | >37,8°C ou >37,3°C + sinais de alerta | >39,6°C ou 37,8°C a 39,5°C + sinais de alerta | Prioridade alta |
| Febre | 37,3°C a 37,7°C | 37,8°C a 39,5°C | Prioridade média |
| Normalidade | 36°C a 37,2°C | 36°C a 37,7°C | Prioridade baixa |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Passos para Aferição da Temperatura no ACCR (SMELTZER *et al.*, 2011):

- Higienizar as mãos;
- Informar ao acompanhante e paciente do procedimento;
- Reunir material necessário;
- Posicionar o paciente de acordo com o local de aferição escolhido. No ACCR recomendamos apenas a aferição da Tax;
- Secar a axila com algodão seco;
- Retirar o termômetro do estojo e passar álcool;
- Ligar o termômetro e verificar se na tela aparece o número zero;
- Colocar a ponta do termômetro debaixo da axila; posicionando o bulbo do termômetro no oco axilar (ponto central da cavidade);
- Aduzir e fletir o braço, posicionando-o transversalmente sobre o tórax;
- Esperar alguns segundos até ouvir um sinal sonoro;
- Retirar o termômetro e ler o valor da temperatura na tela;
- Limpar a ponta metalizada com algodão ou gaze molhada em álcool;
- Recompôr a unidade do paciente;
- Registrar o valor aferido no prontuário do paciente;
- Colocar o paciente em posição confortável, adequada e segura;
- Dar destino adequado aos materiais;
- Higienizar as mãos.

8.7 Avaliação da Dor

Há um consenso mundial de que a dor deva ser o quinto sinal vital, juntamente com a PA, FC, FR e temperatura.

A dor é uma experiência angustiante associada a dano tecidual real ou potencial com componente sensorial, emocional, cognitivo e social. Ela provoca respostas fisiológicas, tais como elevação da pressão arterial; frequência cardíaca e respiratória; aumento do trabalho cardíaco e diminuição da perfusão sanguínea periférica. Pode ocorrer sudorese, palidez, ansiedade e agitação psicomotora. Portanto, suas repercussões são potencialmente prejudiciais ao organismo. (LOPES, 2019, p. 2-3).

A valorização, a identificação e a avaliação da dor no ACCR é um processo complexo para o enfermeiro e fundamental para o cuidado. A queixa dolorosa, a partir do relato de

quem sofre, será considerada, com avaliação da intensidade e natureza da mesma, bem como suas respostas fisiológicas supracitadas, devendo ser reavaliada sempre que solicitado pelo mesmo ou pelo acompanhante (FIGUEIRA; AMARAL; CARMO, 2022).

O enfermeiro deve identificar o início, localização, intensidade, irradiação, duração e aspecto da dor (Figura 8) e relatar por escrito na sua evolução no prontuário do paciente. A avaliação da dor também deve englobar as formas de comunicar a dor (expressões de dor), os fatores de alívio e de agravamento, sintomas associados, as implicações da dor nas atividades do cotidiano (consegue realizar as atividades diárias, tem dificuldades na maior parte das atividades de rotina, não consegue realizar suas atividades), e impacto emocional, socioeconômico e espiritual da dor (LOPES, 2019; FIGUEIRA; AMARAL; CARMO, 2022).

Figura 6 - Aspectos a Serem Avaliados na Dor



Fonte: HCOR (2021, p. 9).

Escalas de avaliação da dor são usadas como instrumento para julgar a necessidade de maior ou menor prioridade para atendimento dentro do PCACR. A seleção da melhor escala que deverá ser utilizada para mensuração do escore de dor deve ser de escolha do enfermeiro. Os autores deste protocolo orientam o uso da Escala Verbal Analógica (EVA), Escala de Faces, Escala de Avaliação de Dor FLACCr e Escala de Dor *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS).

8.7.1 Escala Visual Analógica (EVA)

A EVA, uma escala para crianças acima de 6 anos e adultos alfabetizados sem limitações cognitivas, consiste numa linha graduada dividida em onze partes iguais. O profissional de saúde explica ao paciente de modo que a nota 0 (zero) significa que o paciente não sente nenhuma dor e a nota 10 significa dor em seu grau máximo. Os números intermediários de 1 a 4 representam a dor leve, de 5 a 7 a dor moderada, e de 8 a 10, intensa (FIGUEIRA; AMARAL; CARMO, 2022).

Esta escala também considera o visual que pode ser observado na escala gradativa de cores, onde as cores mais claras representam dor leve e cores fortes representam a dor intensa.

A dor é um fenômeno multidimensional, portanto, o ideal é que o classificador consiga usar a escala além de verificar de forma verbal a intensidade da dor que o paciente está sentindo e associar a dor com atividades diárias e o quanto esta dor está incapacitando o mesmo para realizá-las. O indivíduo pode apresentar alteração nos seus padrões de atividade, como dividir as tarefas em tarefas menores, fazer pequenos descansos frequentes ou desacelerar, mediante a queixa algica. Prejuízos nas atividades de vida diária como sono, apetite, movimentação, higiene e deambulação, mesmo após medidas de conforto ou analgesia, podem ser indicativos do desconforto causado pela dor (SANTOS; CASTRO; RONDINELLI, 2019).

Figura 7 - Escala Visual Analógica (EVA)



Fonte: Adaptado de Schechter *et al.* (1990) e Esteve *et al.* (2016).

8.7.2 Escala de Faces

A escala de faces de dor é para adultos analfabeto-especiais, com déficit cognitivo ou de comunicação leves, que consigam compreender e apontar seu escore de dor, e para crianças acima de dois anos. Apresenta categorias de descritores visuais, usando expressões faciais refletindo magnitudes de intensidades de dor diferentes. Ela consiste de seis imagens de faces com várias expressões. O paciente seleciona a face que é consistente com seu nível atual de dor.

Explique ao paciente que a escala inicia com a face que corresponde a uma pessoa que parece feliz por não estar com dor (machucado), progredindo a dor até a última face “Pior dor”. Peça para o adulto ou a criança escolher a face que melhor descreve sua própria dor. Anote o número localizado abaixo da face que foi escolhida no formulário de registro de avaliação de dor (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Figura 8 - Escala de FACES



Fonte: Adaptado de Hockenberry e Wilson (2014).

8.7.3 Escala de Avaliação de Dor FLACCr (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised)

A escala de avaliação de dor FLACCr (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised*) é utilizada na avaliação da dor em crianças não verbais ou com prejuízo da fala, impedidas de relatar sua dor (um mês a três anos) e adequada ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo, na faixa etária entre quatro e dezenove anos. Foi desenvolvida com base em parâmetros comportamentais, destinada à utilização dos profissionais da saúde, visando contribuir para a prática clínica (BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA, 2015).

A FLACCr é composta por cinco categorias de avaliação sendo que cada uma delas tem pontuação definida de zero a três, que somadas, podem variar entre zero e dez resultando uma classificação como **dor leve** (de zero a três), **dor moderada** (quatro a seis) e **dor intensa** (de sete a dez) (BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA, 2015).





Quadro 18 - Escala de Avaliação de dor FLACCr

| CATEGORIAS | PONTUAÇÃO | | |
|--|---|---|--|
| | 0 | 1 | 2 |
| F FACE | Sem expressão particular ou sorriso | Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado | Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico |
| L PERNAS | Posição normal ou relaxada | Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais | Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidelas |
| A ATIVIDADE | Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente | Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes | Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial |
| C CHORO | Sem choro (acordado ou dormindo) | Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais" | Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes |
| C CONSOLABILIDADE | Contente, relaxado | Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração | Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto |
| Orientações para aplicação da escala | | | |
| <p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala."</p> | | | |
| © 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013. | | | |

Fonte: Bussotti, Guinsburg e Pedreira (2015, p. 654).

8.7.4 Escala de dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Trata-se de uma escala de avaliação rápida, que pode ser utilizada em recém-nascidos a termo e pré-termo. A escala de dor NIPS é uma escala baseada em alterações comportamentais e fisiológicas. Possui 6 indicadores de dor, avaliados de 0-2 pontos. Os parâmetros avaliados são: expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estado de consciência. O escore varia de zero a sete, sendo os pontos dados de zero, um e dois. De acordo com o resultado quantifica-se a dor: zero – sem dor; um e dois – **dor leve**; três a cinco – **dor moderada** e seis a sete, **dor intensa** (BORRI, 2018).

Quadro 19 - Escala de Dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)



| ESCALA DE NIPS | | | |
|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------|----------|
| INDICADOR | PONTUAÇÃO | | |
| | 0 | 1 | 2 |
| Expressão facial | Relaxada | Contraída / Tenso | |
| Choro | Ausente | “Resmungos” / Fraco | Vigoroso |
| Respiração | Relaxada | Diferente da basal | |
| Braços | Relaxados, algum movimento ocasional | Fletidos ou estendidos | |
| Pernas | Relaxados, algum movimento ocasional | Fletidos ou estendidos | |
| Estado de Alerta | Dormindo ou acordado calmo | Desconfortável / Inquieto | |

Fonte: Hockenberry e Wilson (2014, p. 438).

8.8 Alteração Glicêmica

Alterações glicêmicas em pessoas que buscam as Emergências Hospitalares e UPAs é relativamente comum. Com o aumento da obesidade e diabetes na população em geral, é provável que um número crescente de pacientes apresenta hiperglicemia. Em um estudo, a hiperglicemia estava presente em 38% dos pacientes hospitalizados (26% com uma história conhecida de diabetes; 12% sem história de diabetes anterior). Além disso, pacientes com hiperglicemia recém-descoberta apresentaram mortalidade intra-hospitalar significativamente maior (16%) que pacientes com uma história de diabetes (3%) ou normoglicêmicos (1.7%) (LANSANG; ZHOU, 2022).

A hiperglicemia e a hipoglicemia estão associadas à alta mortalidade, independentemente de história conhecida de diabetes. O tratamento eficaz da hiperglicemia está associado a uma redução no tempo de permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e no hospital (LANSANG; ZHOU, 2022).

A hipoglicemia é definida como glicose sanguínea <70 mg/dL, hipoglicemia clinicamente significativa <54 mg/dL e hipoglicemia grave <40 mg/dL. A hipoglicemia pode ser também um efeito adverso conhecido da insulina e de outros medicamentos antidiabéticos. Além disso, os pacientes com aumento do risco de hipoglicemia incluem aqueles com ingestão alimentar reduzida, desnutrição, insuficiência hepática ou renal, IC, neoplasia maligna, infecção, sepse, idade avançada e comprometimento cognitivo (LANSANG; ZHOU, 2022).

Em relação à hiperglicemia, segundo Lansang e Zhou (2021a), os três grupos de pacientes a serem considerados são:

- Diabetes Mellitus (DM) conhecido anteriormente ao ACCR.
- Novo diagnóstico de DM feito no ACCR: nesses casos, os pacientes não sabem que têm DM mas apresentam hiperglicemia, e o DM é diagnosticado posteriormente.
- Hiperglicemia transitória: pode estar relacionada a estresse, terapia medicamentosa como corticosteróides ou nutrição parenteral/enteral e remite quando o fator desencadeante é removido.

O DM, não controlado, pode provocar algumas complicações agudas e, a longo prazo, complicações crônicas. Dentre as complicações agudas do DM estão a descompensação hiperglicêmica aguda, com glicemia casual acima de 250 mg/dL, que, quando não controlada, pode evoluir para complicações mais graves como Cetoacidose Diabética (CAD) e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica, e a hipoglicemia relacionada ao tratamento. Nesse caso, um valor de alerta de glicose é ≤ 70 mg/dL, requerendo tratamento com carboidrato de ação rápida e ajuste de antidiabéticos. A hipoglicemia clinicamente significativa é definida como < 54 mg/dL. Esse valor implica em ação imediata da equipe de saúde para breve classificação de risco e atendimento em prioridade máxima (BRASIL, 2013a).

Já as complicações crônicas, que se manifestam ao longo do tempo de convívio com o DM, incluem o aumento do risco cardiovascular global e LOA, que podem desencadear doença cardiovascular diabética, Insuficiência Renal Crônica (IRC) e AVC em alta probabilidade (PUTTANNA; ZAR, 2022; UMPIERREZ, 2022; GOSMANOV; NEMATOLLAHI, 2022).

Outros eventos a longo prazo do DM com média probabilidade de incidência incluem predisposição a quadros infecciosos, doença periodontal, apneia obstrutiva do sono, transtornos alimentares e depressão (PUTTANNA; ZAR, 2022; UMPIERREZ, 2022; GOSMANOV; NEMATOLLAHI, 2022).

Complicações com baixa probabilidade de incidência, mas não menos debilitantes incluem déficit visual/retinopatia diabética, amputação de membros e neuropatias periféricas ou autonômicas (PUTTANNA; ZAR, 2022; UMPIERREZ, 2022; GOSMANOV; NEMATOLLAHI, 2022).

Considerando que os valores glicêmicos relacionados ao risco, são idênticos no adulto e na pediatria, diante disso o PCACR, nos fluxos de alterações glicêmicas do adulto e da criança, estabelece os seguintes parâmetros de glicemia:

Quadro 20 - Valores Glicêmicos por Prioridade de Classificação

| VALORES GLICÊMICOS POR PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO | | |
|--|---|-----------------------------|
| | VALORES GLICÊMICOS | PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO |
| Hiperglicemia | >600 mg/dL ou HI >250 mg/dL + sinais de alerta | Prioridade máxima |
| Hipoglicemia | ≤ 54 mg/dL | Prioridade máxima |
| Hipoglicemia | 55 - 70 mg/dL | Prioridade alta |
| Hiperglicemia | >250 mg/dL sem sinais de alerta | Prioridade média |
| Glicemia | 71 - 249 mg/dL | Prioridade baixa |

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Porém, existem alguns sinais de alerta, que devem ser considerados em paralelo com os níveis glicêmicos.

Os **sinais de alerta** que podem caracterizar gravidade como a **Cetoacidose Diabética (CAD)** e o **Estado Hiperosmolar Hiperglicêmico (EHH)** são: taquipneia, hálito cetônico, alteração no nível de consciência, vômitos e dor abdominal intensa (STUDART NETO *et al.*, 2022).

Os **sinais de alerta** e sintomas da **Hipoglicemia** incluem nível reduzido de consciência, comportamento incomum, sudorese, taquicardia, convulsões ou coma.

É essencial reconhecer esses sintomas e sinais urgentemente para instituir o tratamento imediato. Sedação ou uso de betabloqueadores podem mascarar os sintomas e consequentemente dificultar a terapêutica adequada (PUTTANNA; ZAR, 2022; UMPIERREZ, 2022; GOSMANOV; NEMATOLLAHI, 2022).

O exame de glicemia capilar é obrigatório nesses fluxos, por isso é sabido que os valores de glicemia em jejum de 8 à 12 horas, sem consumo de nenhum tipo de alimento ou bebidas, é considerado dentro da normalidade entre 70 e 99 mg/dL (SBD, 2019).

Já a glicemia capilar medida de maneira aleatória ou 2 horas de pós-sobrecarga (alimentação ou sobrecarga de glicose) é considerada dentro da normalidade até 200mg/dL (SBD, 2019).

8.8.1 Procedimento de Aferição da Taxa Glicêmica por Equipamento de Hemoglicoteste (HGT)

O HGT consiste em um exame sanguíneo que oferece resultado imediato acerca da concentração de glicose nos vasos capilares da polpa digital.

Primeiramente, certifique-se que o equipamento esteja calibrado. Ressalta-se a importância de manter os manuais dos equipamentos junto ao mesmo, ter atenção às orientações do fabricante, as manutenções preventivas e a correta calibração.

MATERIAL PARA AFERIÇÃO DA TAXA GLICÊMICA:

Cuba rim ou bandeja retangular; Fita teste para glicemia; Glicosímetro; Lanceta ou agulha (13x4,5); Algodão; Álcool a 70%; Luvas de procedimento; e, EPI.

PROCEDIMENTO PARA AFERIÇÃO DA TAXA GLICÊMICA:

- Higienizar as mãos;
- Separar o material necessário;
- Verificar se a fita está dentro da data de validade;
- Informar ao paciente sobre o procedimento a ser realizado;
- O local da punção: polpas dos dedos (mãos e pés) ou lóbulo das orelhas, realizando sempre rodízio do local de punção (pergunte ao paciente o último local que realizou o procedimento e o local que prefere realizar);
- Higienizar as mão novamente;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- Realizar antisepsia do local a ser puncionado;
- Pressionar e puncionar com agulha ou lanceta;
- Fazer com que a área reagente da fita-teste entre em contato com o sangue;
- Secar o local da punção, certificando-se da interrupção do sangramento;
- Aguardar o tempo de leitura da fita teste;
- Informar o resultado ao paciente;
- Comunicar alterações de valores para o médico e/ou enfermeiro;
- Limpar e guardar o glicosímetro;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfurocortante;
- Retirar as luvas;
- Higienizar as mãos;
- Recolher o material do local;
- Registrar no prontuário físico ou digital.

8.9 Queimadura

Segundo MS (2012a):

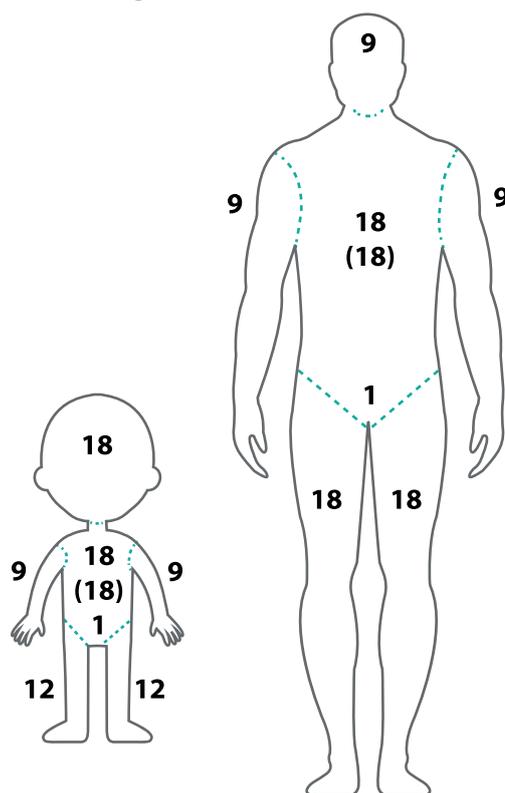
As queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. (BRASIL, 2012a, p. 5).

Podemos avaliar as queimaduras de acordo com a profundidade da lesão, a Superfície Corporal Queimada (SCQ) e a parte do corpo atingida.

De acordo com a profundidade das lesões das queimaduras, as mesmas podem ser classificadas em queimaduras de primeiro, segundo e terceiro grau.

Já a extensão do agravo pode ser classificada de acordo com a idade do indivíduo, e normalmente utiliza-se a conhecida regra dos nove, criada por Wallace e Pulaski, que leva em conta a extensão atingida, a chamada SCQ, conforme figura abaixo (BRASIL, 2012a; LEGRAND *et al.*, 2020).

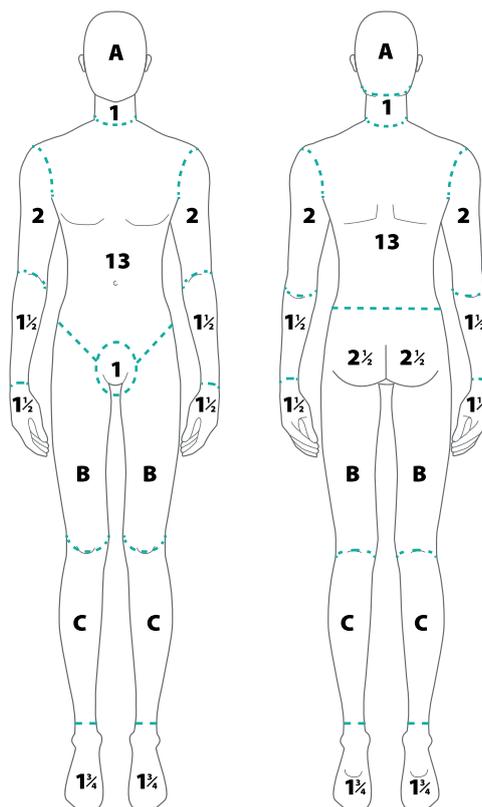
Figura 9 - Regra dos Nove - Wallace e Pulaski



Fonte: Brasil (2012a, p. 9).

A **Regra dos Nove** de Wallace infelizmente não é adequada para crianças. Já a Regra de Lund-Browder contempla as variações corporais de acordo com a idade. Sua avaliação pode ser feita manualmente ou facilitada por aplicativos de *smartphone* existentes (por exemplo, E-Burn, que considera idade, peso, altura e profundidade das lesões) (LEGRAND *et al.*, 2020).

Figura 10 - Regra de Lund-Browder



Fonte: Adaptado de Legrand *et al.* (2020).

Quadro 21 - Porcentagem da Área Corporal Queimada por Idade Conforme a Regra de Lund-Browder

| PORCENTAGEM DA ÁREA CORPORAL QUEIMADA POR IDADE CONFORME A REGRA DE LUND-BROWDER | | | |
|--|--------|--------|--------|
| Idade | Área A | Área B | Área C |
| Até 1 ano | 19% | 5,5% | 5% |
| 1 a 4 anos | 17% | 6,5% | 5% |
| 5 a 9 anos | 13% | 8% | 5,5% |
| 10 a 16 anos | 11% | 8,5% | 6% |
| Adulto | 7% | 9,5% | 7% |

Fonte: Legrand *et al.* (2020, p. 253-267).

Consideram-se face, olhos, orelhas, pescoço, mão, pé, região inguinal, grandes articulações (ombro, axila, cotovelo, punho, articulação coxofemoral, joelho e tornozelo) e órgãos genitais, são considerados com prioridade alta devido ao risco de sequelas estéticas e funcionais. Assim como queimaduras profundas que atingem estruturas profundas como ossos, músculos, nervos e/ou vasos desvitalizados (BRASIL, 2012a; LEGRAND *et al.*, 2020).

PCACR recomenda a utilização de aplicativos de celular para cálculos da SCQ mais precisos, pelo enfermeiro no ACCR, onde é possível sinalizar o tipo de queimadura e a área queimada em pacientes pediátricos e adultos.

8.10 Fatores de Risco e Vulnerabilidade

Segundo Bourdieu (1987, 1979) a vulnerabilidade social é um conceito que envolve múltiplas dimensões, refere-se à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, tornando-os expostos a riscos diversos e a níveis elevados de desagregação social. Resulta de um processo de exclusão, discriminação ou enfraquecimento, seja de um indivíduo ou grupo. Vários fatores envolvem o processo de vulnerabilidade, como a pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural.

Para Kaufman (2001) a vulnerabilidade social também se traduz-se na dificuldade de acesso às estruturas de oportunidades sociais, econômicas, saúde, educação e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade, que leva a debilidades ou desvantagens visíveis ou invisíveis que alteram desempenho e mobilidade social dos atores.

Quando revisitamos o processo de saúde-doença, torna-se claro perceber o quanto a vulnerabilidade social implica no autocuidado e na dependência das populações vulneráveis do SUS. Ressalta-se que a vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção) (PIZARRO, 2001).

Pacientes vivendo em condições vulneráveis são mais suscetíveis a maior risco de eventos em saúde. A vulnerabilidade expressa potenciais para o adoecimento relacionados a todo e cada indivíduo. A exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas, as quais produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte. Para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes riscos de se infectar, adoecer e morrer (AYRES, 1997).

Quanto à vulnerabilidade na urgência e emergência, deve-se centrar-se no acolhimento, nos princípios do SUS, no que confere a equidade e universalidade. Princípios que devem ser respeitados por todos os profissionais de saúde.

Necessário se faz relembrar algumas Diretrizes da Rede de Urgência e Emergência, que implicam nessa condição e que devemos visitar, conforme Brasil (2013b): universalidade, equidade e integralidade da atenção a todas as situações de urgência e emergência, incluindo as clínicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos, violências e acidentes); formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação; humanização da atenção, garantindo a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; centralidade nas necessidades de saúde da população; qualifica-

ção da atenção e da gestão por meio do desenvolvimento de ações coordenadas e contínuas que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde.

As causas externas, por exemplo, têm sido um problema crescente e importante de saúde pública e implica na assistência prestada pelos pontos de atenção da RUE. Caracterizando um grande desafio a prevenção desses incidentes por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção na RUE.

As violências interpessoais se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. Constituem-se na primeira causa de óbito em homens de 1 a 39 anos. Em 2010, houve 143.256 mortes por causas externas, sendo preponderantes os homicídios (36,5%) e os acidentes de trânsito (30%) (DATASUS/SIM).

O MS desenvolveu políticas públicas promotoras da saúde e da cultura de paz, estabelecendo prioridades de ação em consonância com a Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências (Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001b) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM nº 687, de 30 de abril de 2006).

O Atlas da Violência (IPEA, 2019), analisou cerca de 618 mil homicídios, ocorridos entre 2007 e 2017, e sinalizou que 39,2% das mulheres assassinadas neste período morreram em suas próprias residências, o que indica violência doméstica. As estatísticas demonstram que, como relatado pelos pesquisadores nessa área a violência contra as mulheres é uma epidemia invisível, que fere e mata milhares no Brasil.

Com o avançar das novas políticas públicas novos indicadores foram sendo evidenciados quanto a vulnerabilidade, os quais permitiram evidenciar algumas de suas causas, como no caso da violência as mulheres: o assédio, a violência doméstica, o estupro, o feminicídio, a violência obstétrica (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2020).

É portanto, relevante que o profissional que assiste o paciente adulto, a pessoa idosa, a mulher, o adolescente e a criança vítima de violência entenda todo o contexto que o leva a essa condição no momento do acolhimento, na porta de urgência e emergência, lembrando que a notificação e a parceria com outros setores é necessária para que ocorra a proteção dessa vítima e a possibilidade de retirá-la da condição de vulnerabilidade. Possibilitando um passo para reconstrução de sua vida fora da violência.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde: o paciente e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau

de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o paciente que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2009).

O trabalho em equipe é fundamental para o sucesso dessa ação, desde a recepção ou portaria até a gestão da unidade, podendo identificar as situações de maior risco ou de sofrimento intenso alertando o enfermeiro da classificação de risco.

O ACCR é a ponte entre o profissional enfermeiro e o paciente, a escuta qualificada, a capacidade clínica e a responsabilização do enfermeiro frente às situações de vulnerabilidade permite que ele identifique a demanda, encaminhe o paciente ao atendimento médico de acordo com o risco apresentado em fluxos internos, orientando-o quanto aos fluxos da rede de saúde local bem como notifique as situações necessárias.

Conforme definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se violência “[...] o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG *et al.*, 2002, p. 5, tradução nossa). A violência por ser dividida em três categorias principais, levando em consideração as características daqueles que cometeram a violência, são elas: violência contra si mesmo, autoprovocada ou auto infligida por comportamento suicida ou auto agressão; violência interpessoal que pode ser doméstica (abuso infantil, de pessoa idosa, de pessoa com deficiência e violência contra mulher) ou comunitária (fora do contexto familiar); e, violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias) (KRUG *et al.*, 2002).

A rede de atendimento às pessoas em situação de violência deve promover o cuidado integral, evitar a exposição ou revitimização, e garantir um atendimento de forma ágil e eficiente. O Decreto nº 7.958/2013 estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais da rede de atendimento do SUS e da segurança pública. Deve-se também levar em consideração a norma técnica Prevenção e Tratamento de Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde, que direciona os cuidados em rede de atenção a saúde.

Considerando a Anexo V da Portaria Consolidada MS/GM nº 4, de 28 de setembro de 2017, a qual informa periodicidade das notificações, temos que a **notificação em situação de violência é semanal**, já a tentativa de suicídio e **violência sexual é notificada em até 24 horas do conhecimento do agravo**, frente à necessidade de se tomarem medidas urgentes (encaminhamento para rede psicossocial e medidas de profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e anticoncepção de emergência, respectivamente). É importante salientar também que os casos de casos de violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adulto (20 a 59 anos) do sexo masculino não devem ser notificados no SINAN-NET (BRASIL, 2017).

A subnotificação dos casos interfere diretamente nas práticas em saúde, haja vista

que dados imprecisos, passam despercebido das autoridades pública, não assegurando o que está previsto por lei, conforme versa a Constituição Federal de 1988 em seu Art. 196 que afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado prover condições para seu pleno exercício (BRASIL, 1988).

Orientamos que em todos os fluxos de atendimento, a notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência é obrigatória a todos os profissionais de saúde de instituições públicas ou privadas.

Quadro 22 - Objeto de Notificação do VIVA/SINAN: casos suspeitos ou confirmados

| Objeto de Notificação do Viva/Sinan: casos suspeitos ou confirmados | | | |
|---|------------------|------------------------|---|
| Homens e mulheres em todos os ciclos de vida | | | Violência Comunitária (extrafamiliar) |
| Doméstica (intrafamiliar) | Sexual | Autoprovocada |  Notificar violências contra: Crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, indígenas, pessoas com deficiências e população LGBT |
| Tráfico de pessoas | Trabalho escravo | Trabalho infantil | |
| Intervenção legal | Tortura | Violências homofóbicas | |

Fonte: Brasil (2016a, p. 29).



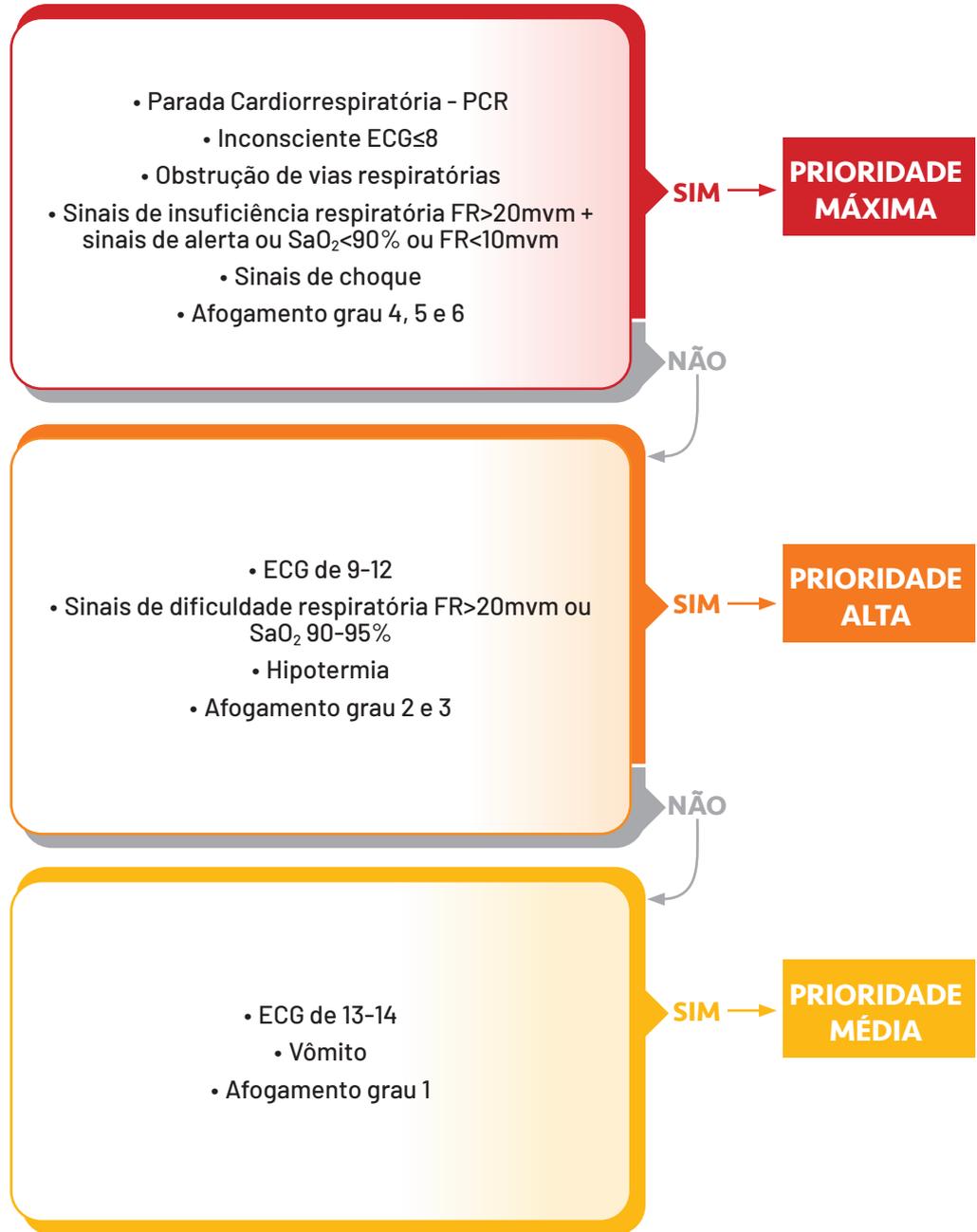
FLUXOGRAMAS ADULTOS

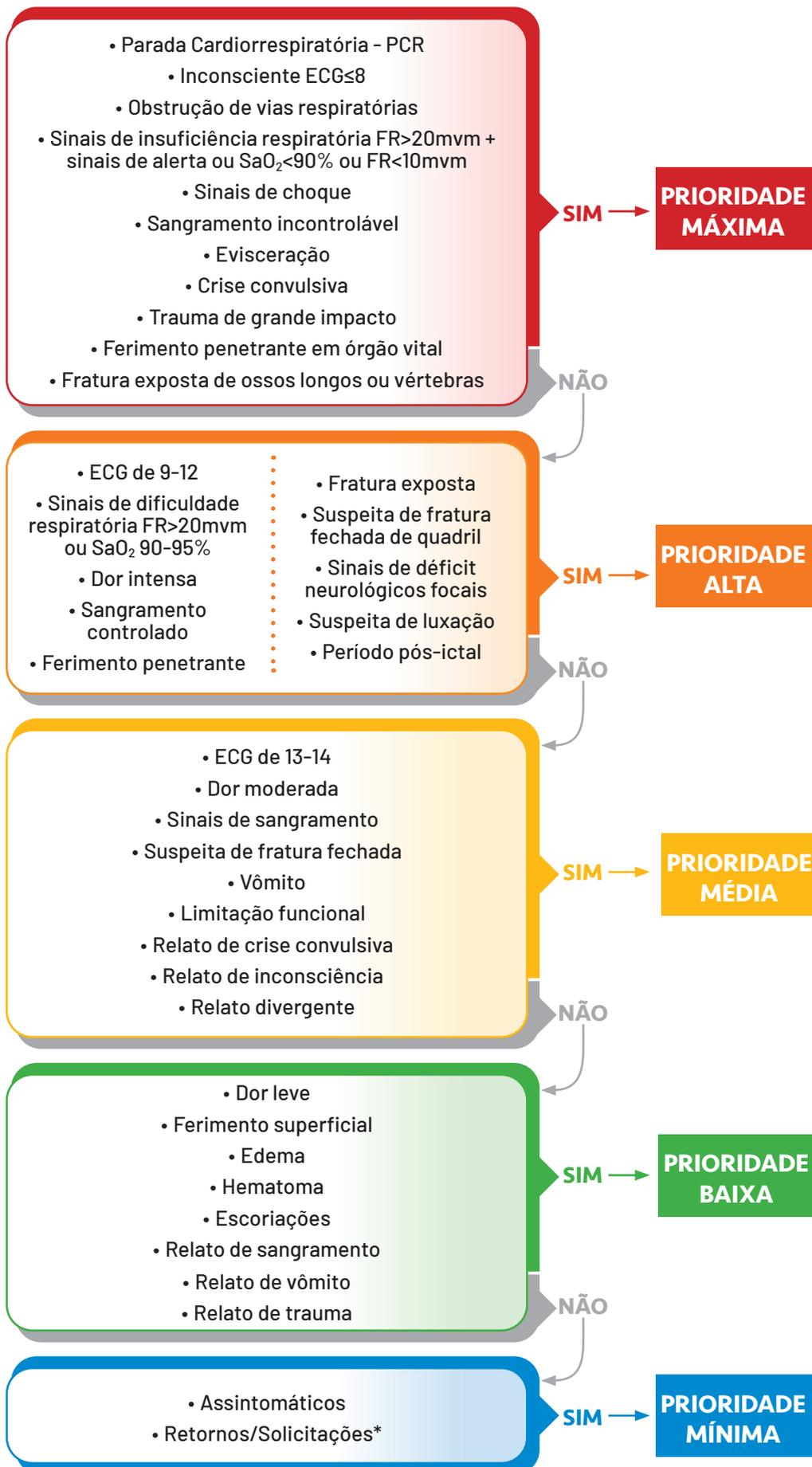
01. Afogamento
02. Agressão
03. Alteração Cognitiva e de Conduta
04. Alteração da Pressão Arterial
05. Alteração do Padrão Respiratório
06. Alteração do Ritmo Cardíaco
07. Alteração Glicêmica
08. Cefaleia
09. Conduta Autodestrutiva
10. Crise Convulsiva
11. Dor Torácica
12. Exposição a Agentes Biológicos
13. Feridas / Lesões
14. Gestação, Parto e Puerpério
15. Perda da Consciência
16. Problemas Anogenitais e Urinários
17. Problemas Bucais
18. Problemas de Garganta, Ouvido e Nariz
19. Problemas Gastrointestinais
20. Problemas na Bolsa Escrotal
21. Problemas Neurovasculares
22. Problemas nos Olhos
23. Problemas Osteomusculares e Articulares
24. Problemas Relacionados ao Uso Abusivo de Álcool
25. Problemas Vasculares e de Extremidades
26. Queda de Nível
27. Queimaduras
28. Reações Alérgicas
29. Sangramento Vaginal
30. Síndrome Gripal
31. Suspeita de Acidente por Animais Peçonhentos
32. Suspeita de Dengue e outras Arboviroses
33. Suspeita de Intoxicação e Envenenamento
34. Transtorno Mental
35. Trauma
36. Trauma Abdominal
37. Trauma na Cabeça
38. Trauma Torácico
39. Traumatismo Bucal
40. Violência e Maus-Tratos

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|-----|------------------|----|
| Dor | Tax | | |





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| Dor | | FC | |

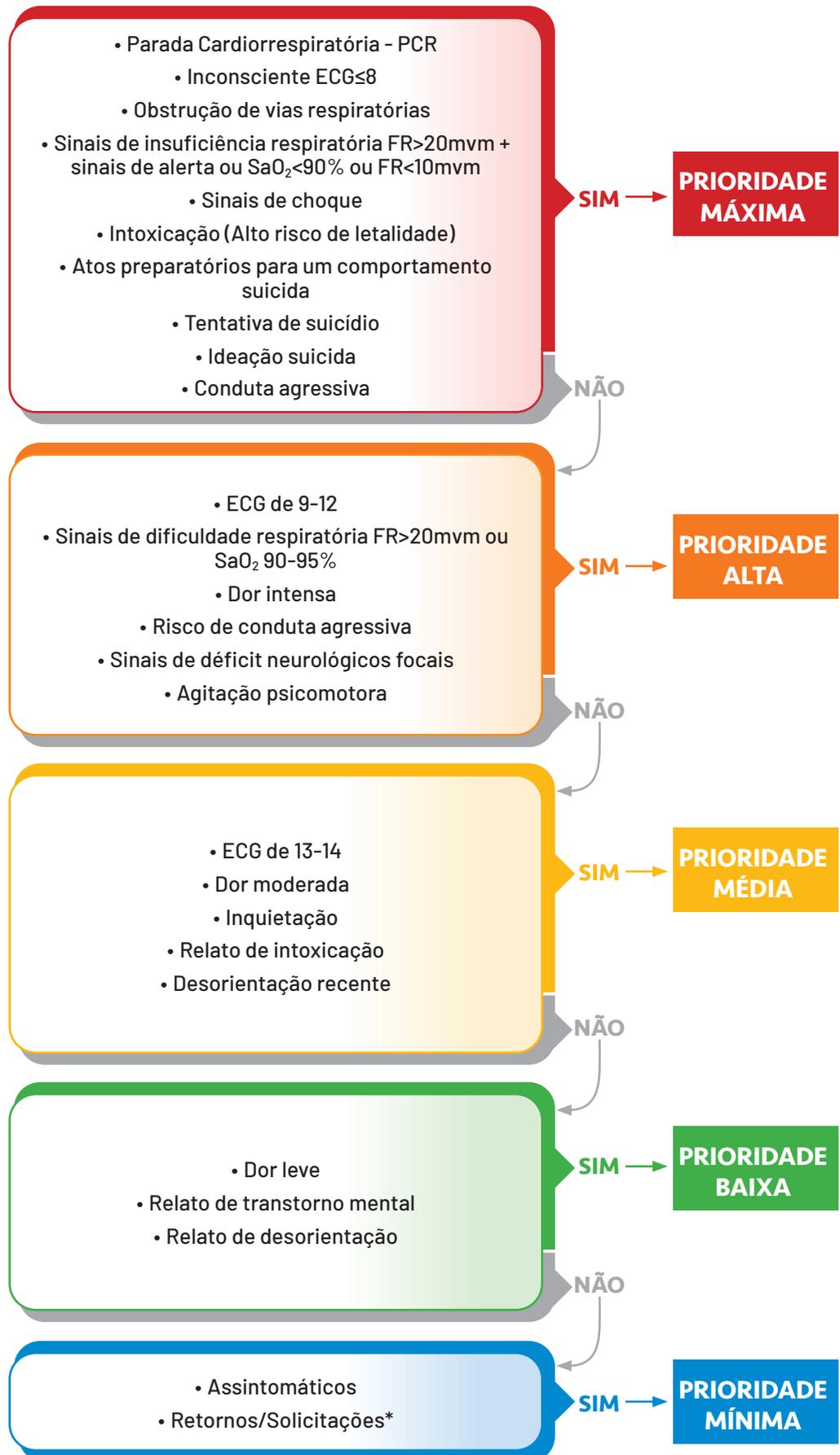
* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Alteração Cognitiva e de Conduta

OBSERVAÇÕES !

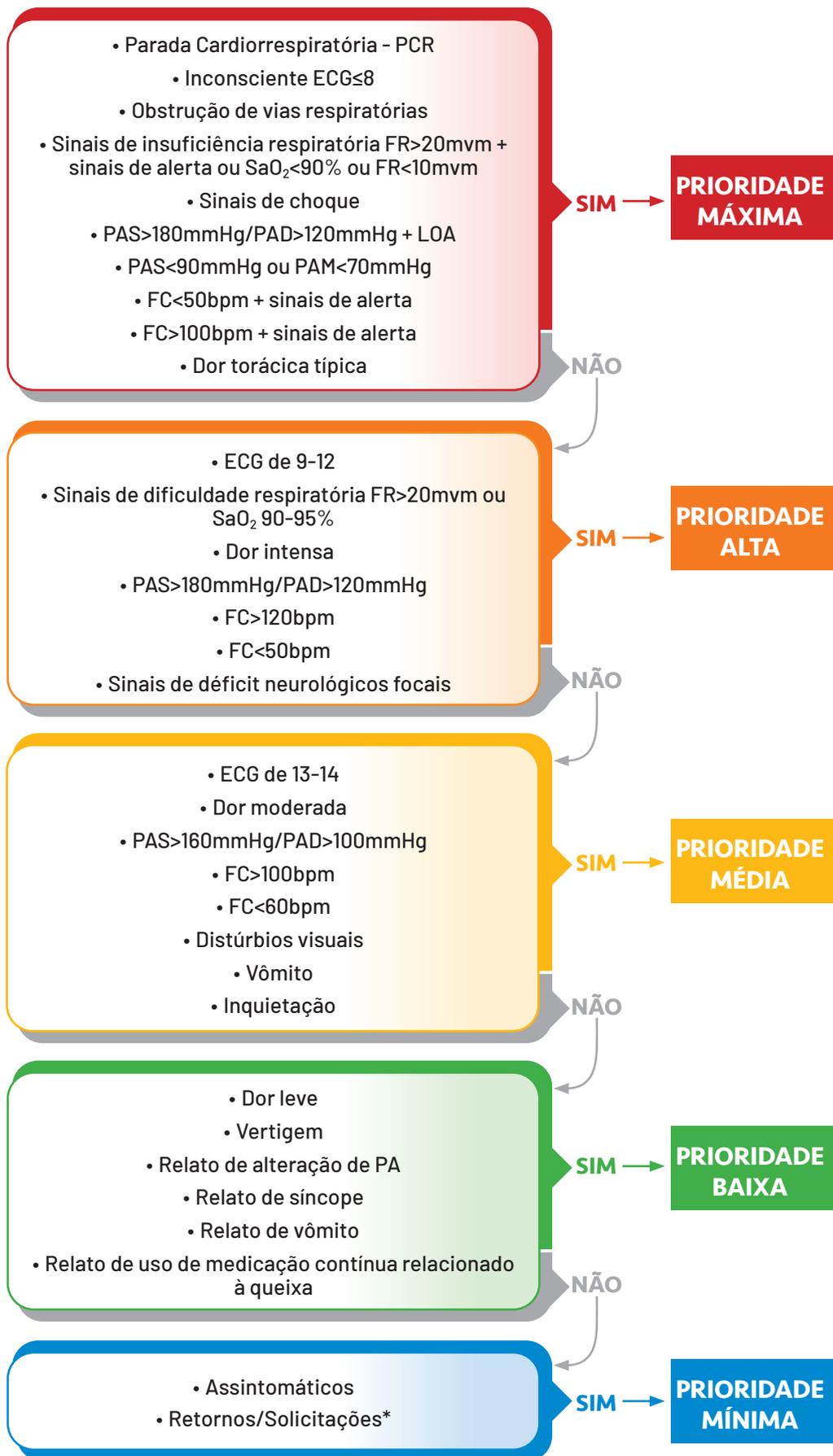
Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Alteração da Pressão Arterial



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

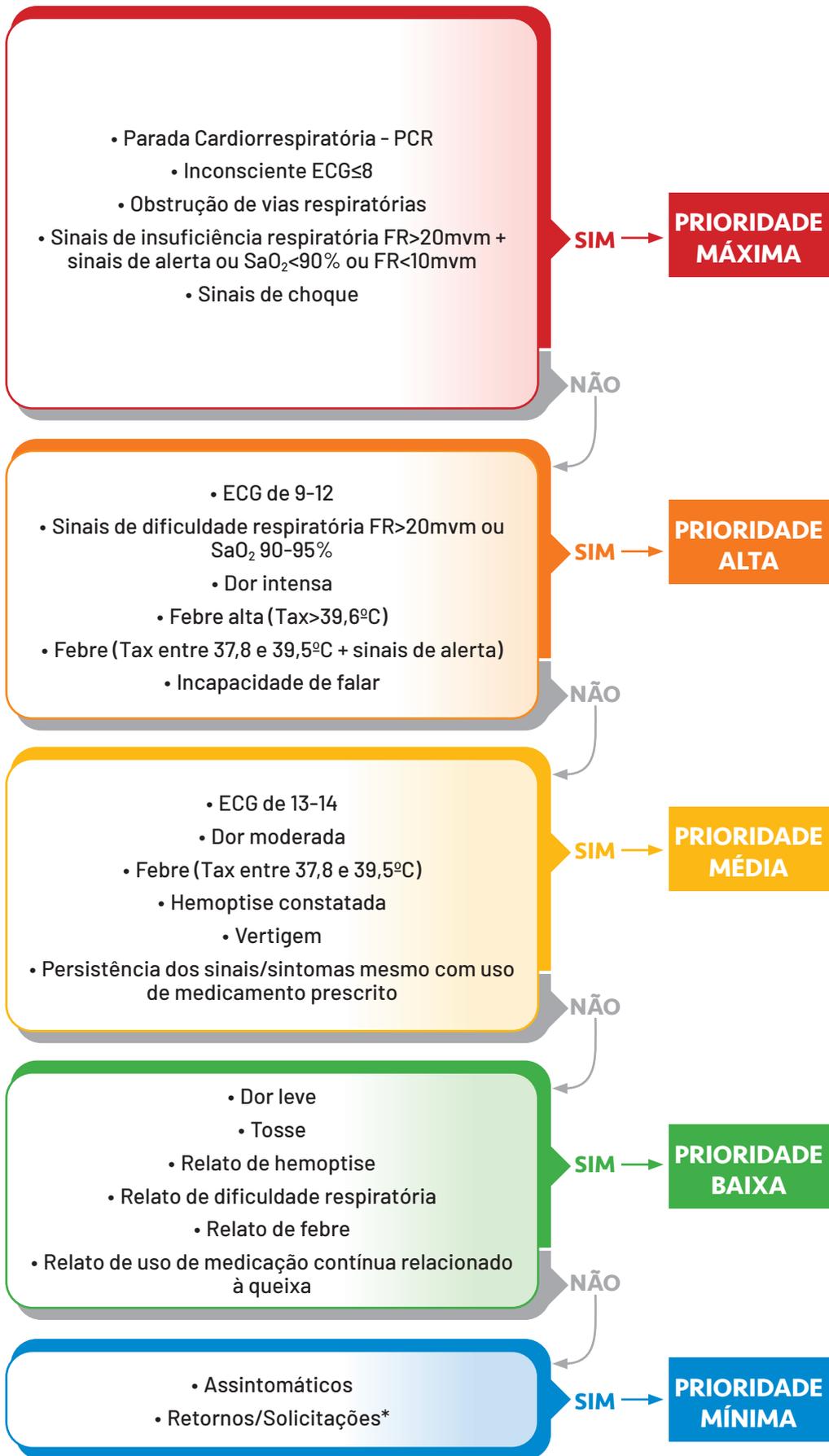
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| Dor | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

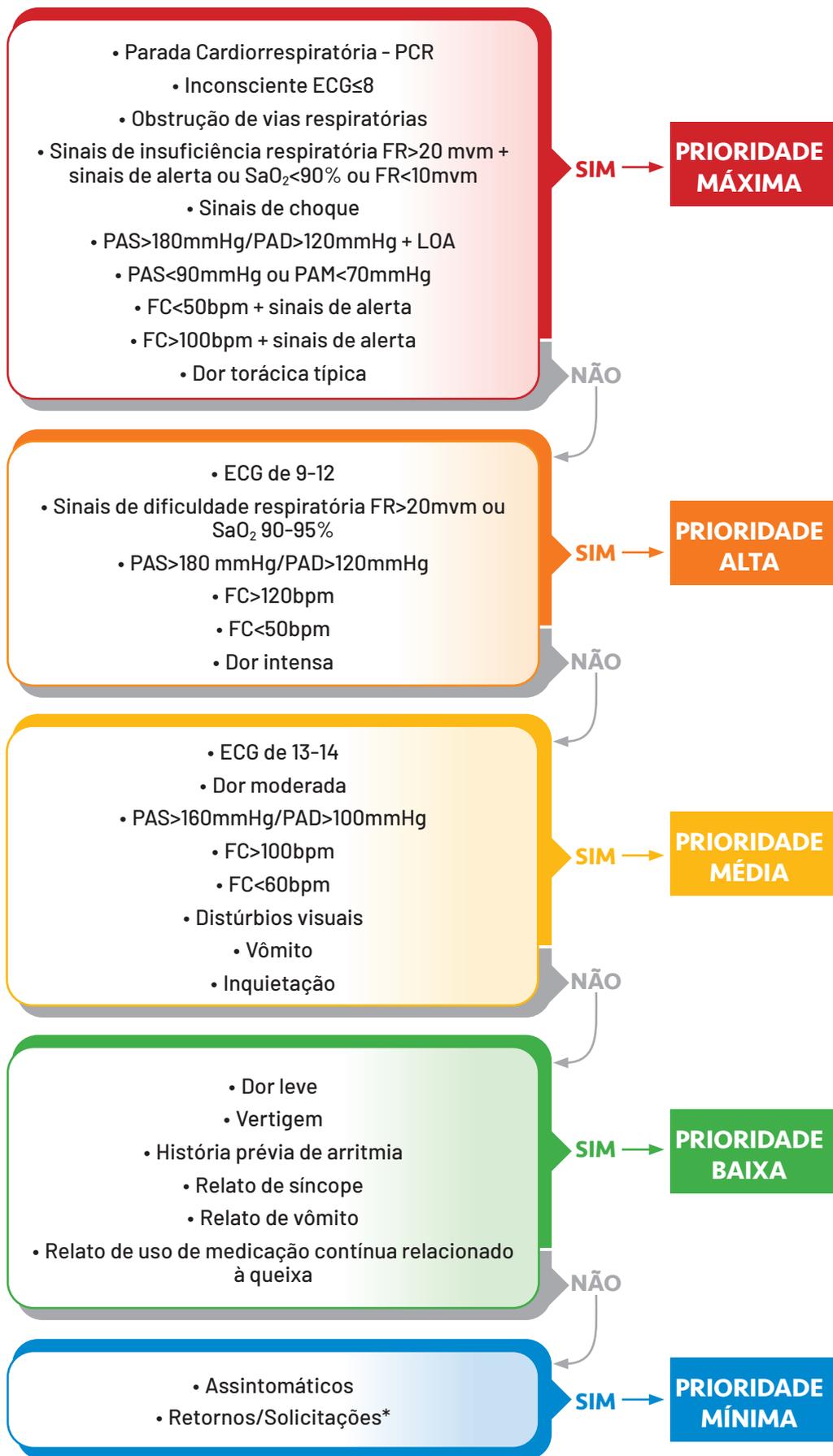
Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Alteração do Ritmo Cardíaco



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|-----|------------------|----|
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | | HGT |

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO₂<90% ou FR<10mvm
 - Sinais de choque
 - HGT≤54mg/dl
 - HGT>600mg/dl ou HI
 - HGT>250mg/dl + sinais de alerta

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO₂ 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6°C)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5°C + sinais de alerta)
- HGT entre 55 - 70mg/dl

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5°C)
- HGT>250mg/dl sem sinais de alerta
 - Vômito
 - Hálito cetônico
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- HGT entre 71 - 249mg/dl
 - Relato de febre
 - Relato de vômito
 - Relato de poliúria
 - Relato de polidipsia
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

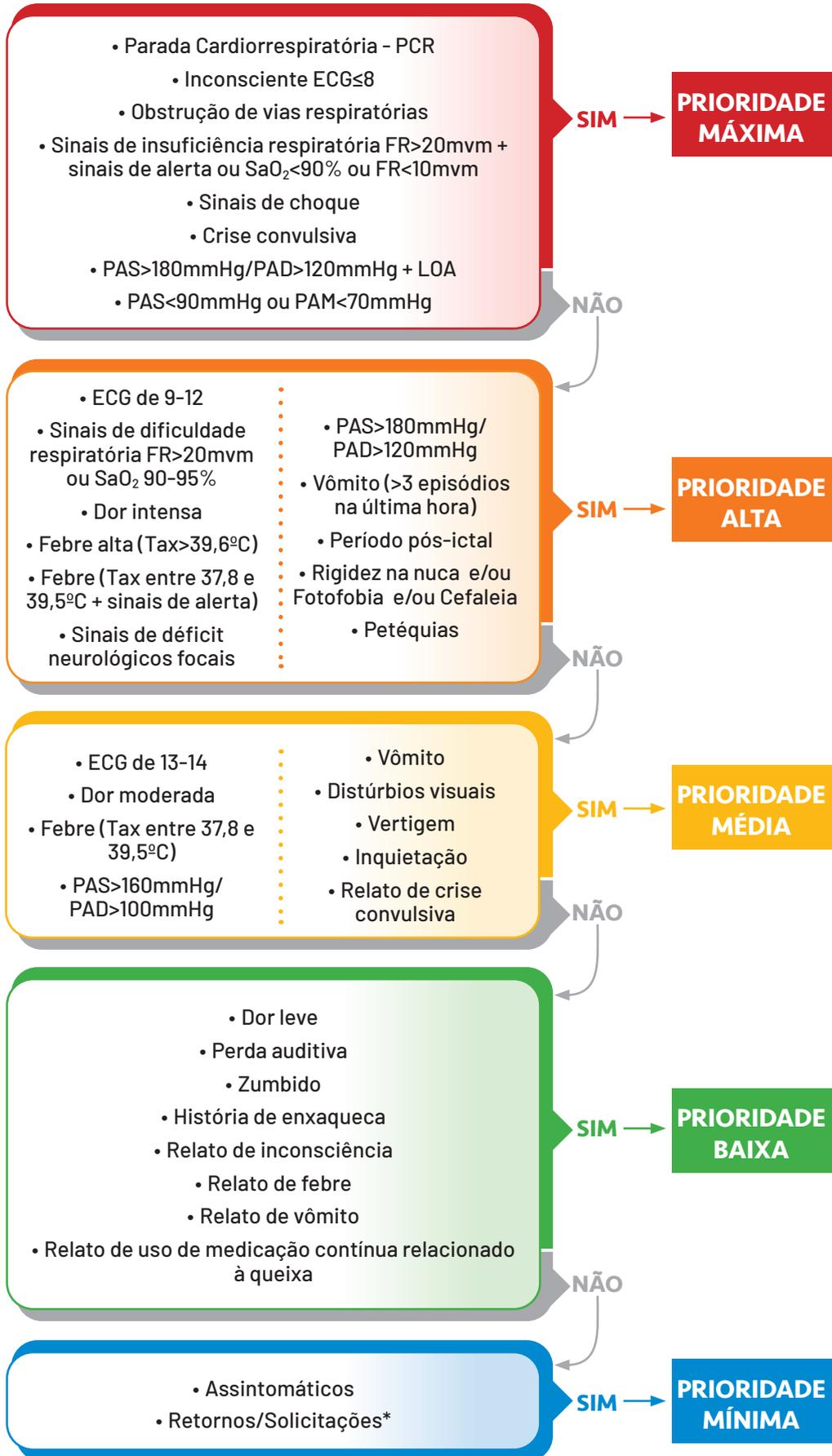
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

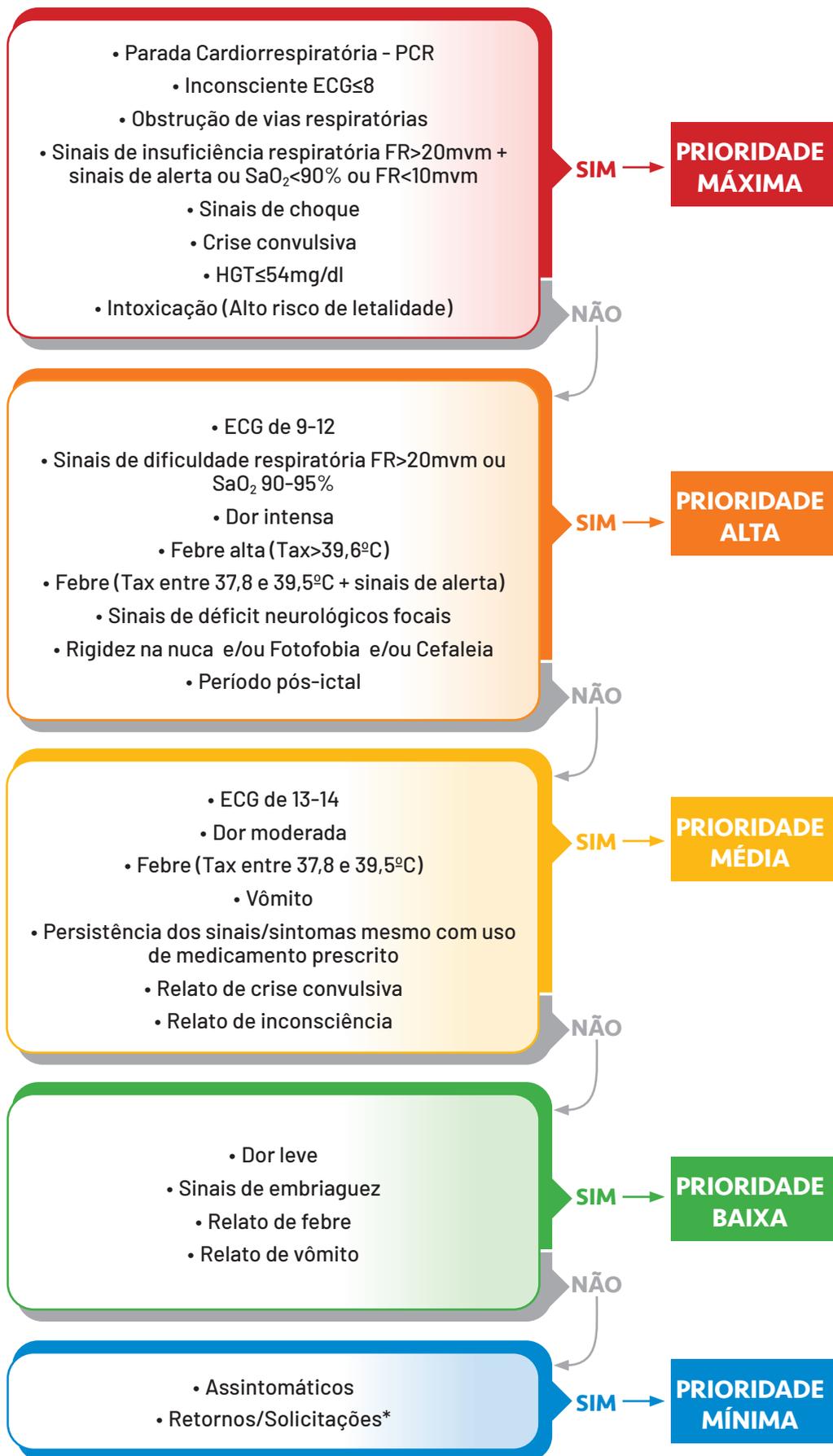
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| | | | |

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECG≤8
 - Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO₂<90% ou FR<10mvm
 - Sinais de choque
 - Comportamento autodestrutivo
 - Sangramento incontrolável
 - Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
 - Tentativa de suicídio
 - Ideação suicida

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

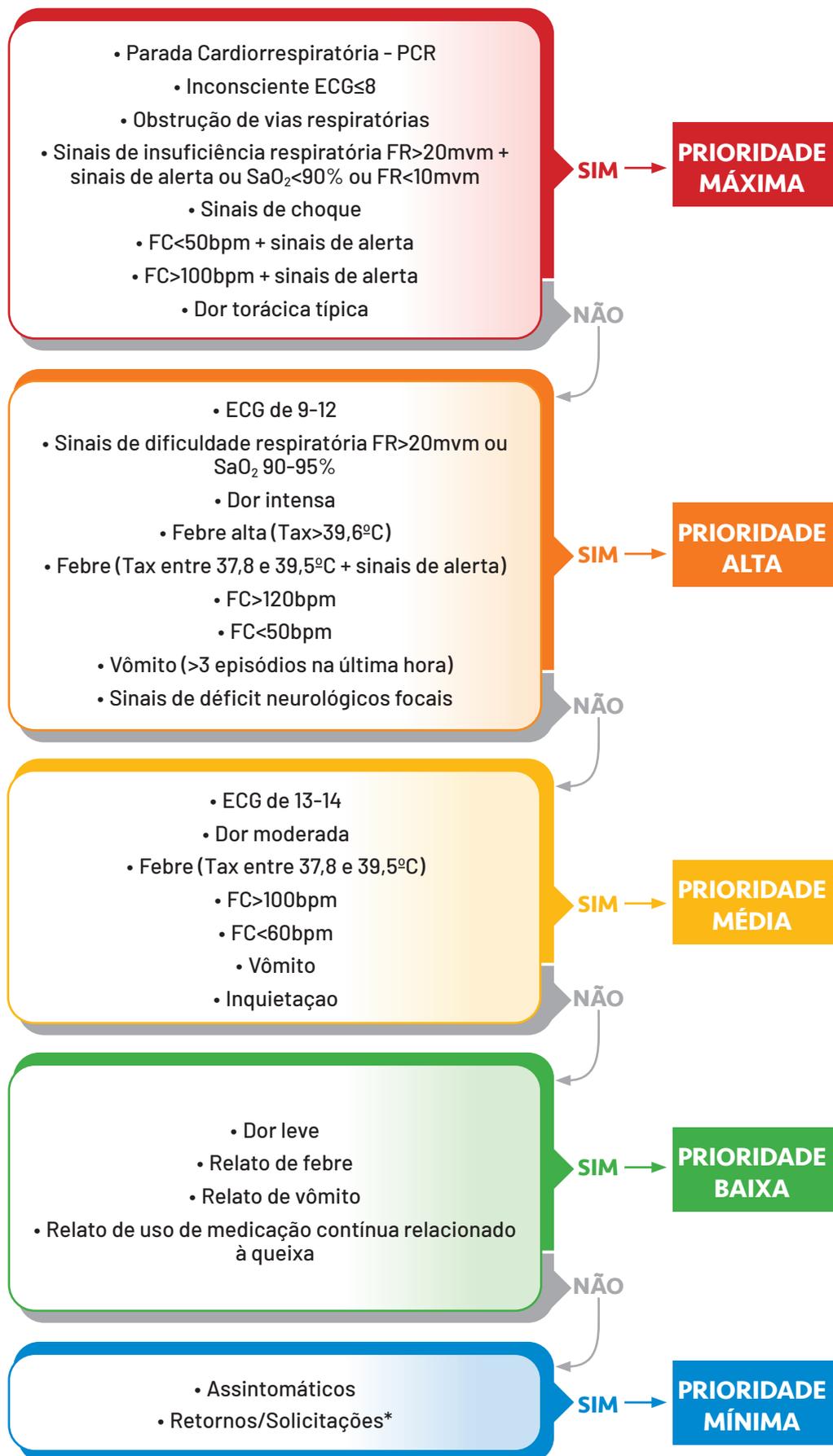
| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | | HGT |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

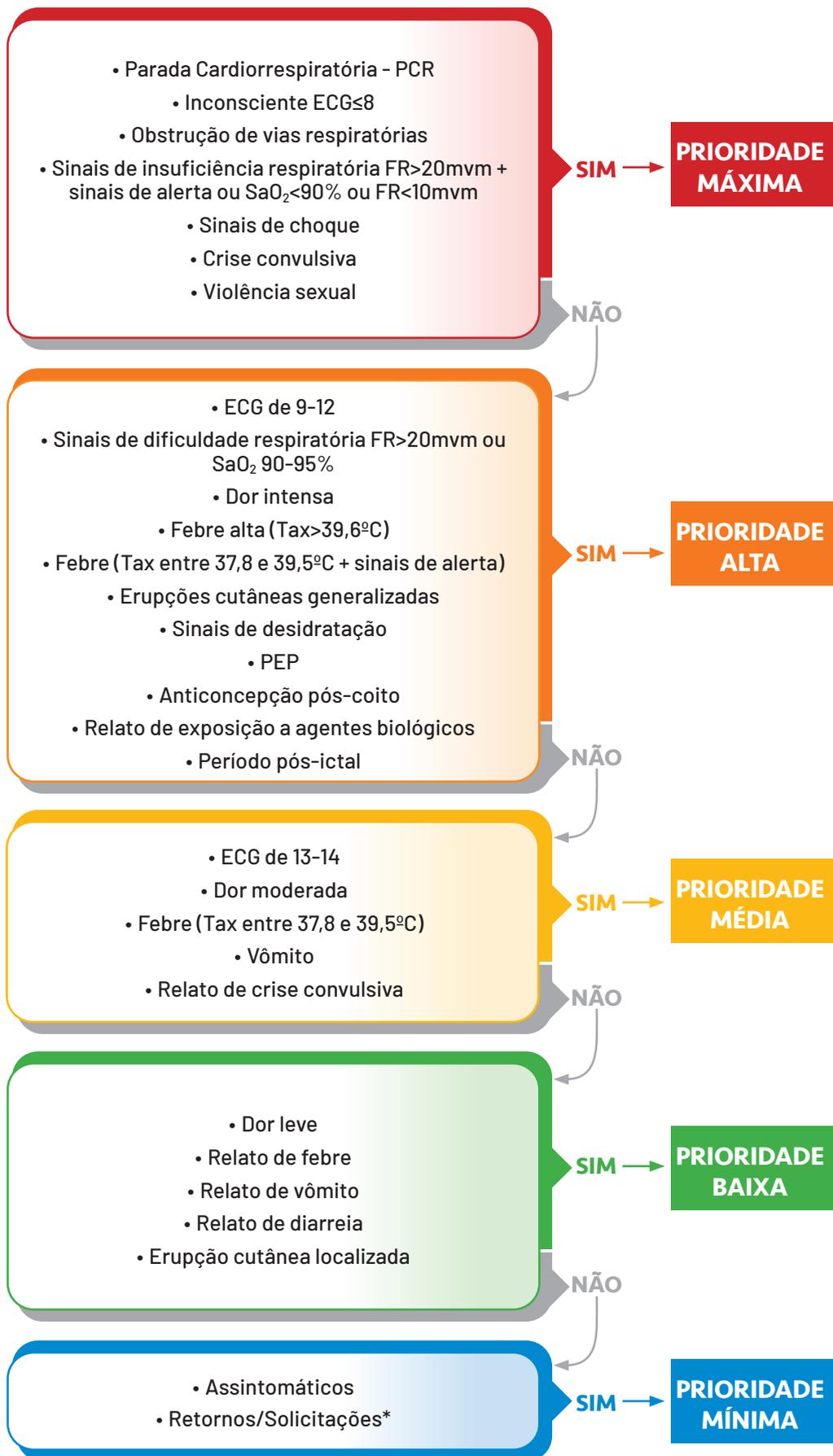
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

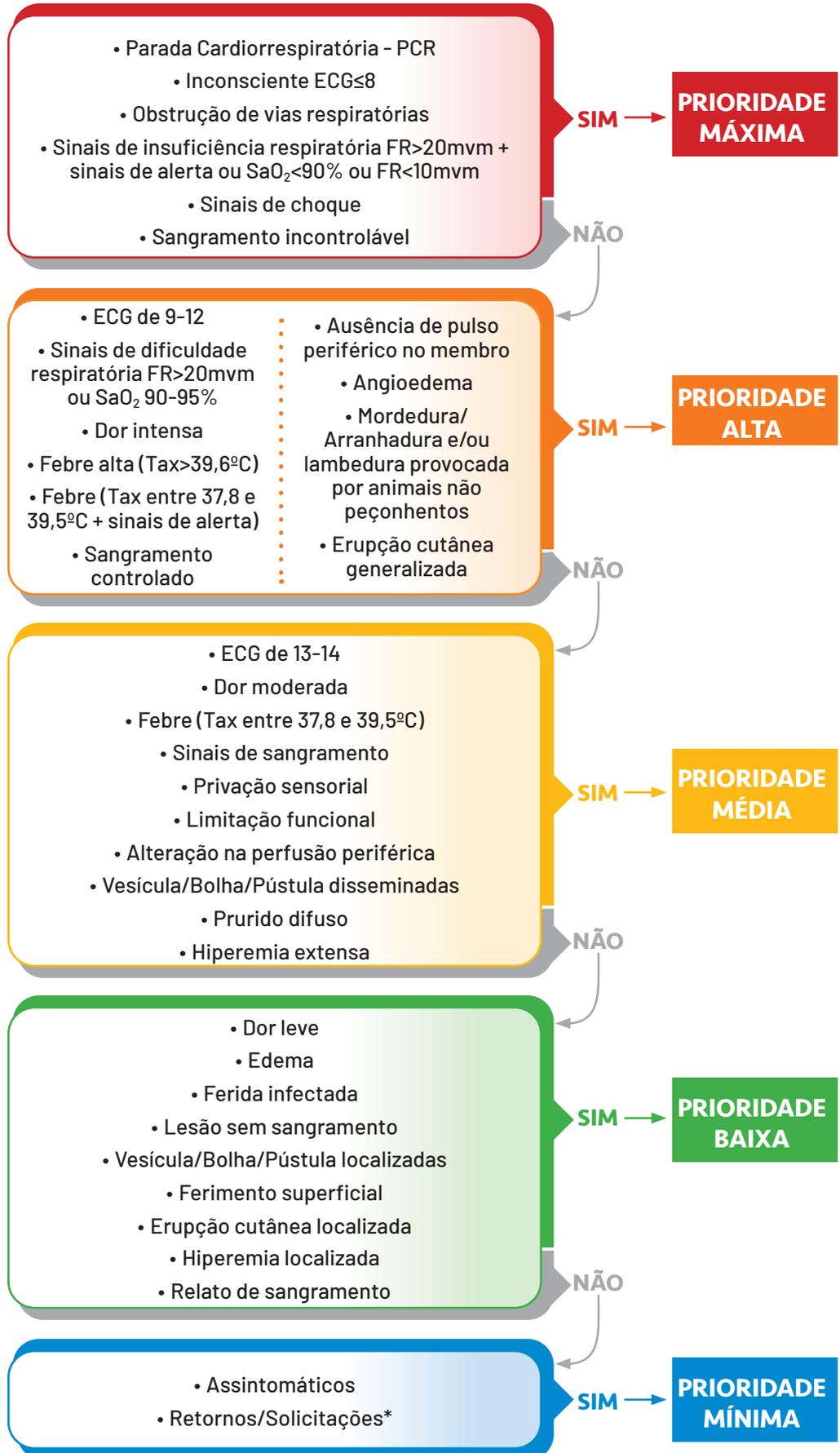
| | | | |
|-----|-----|------------------|--|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

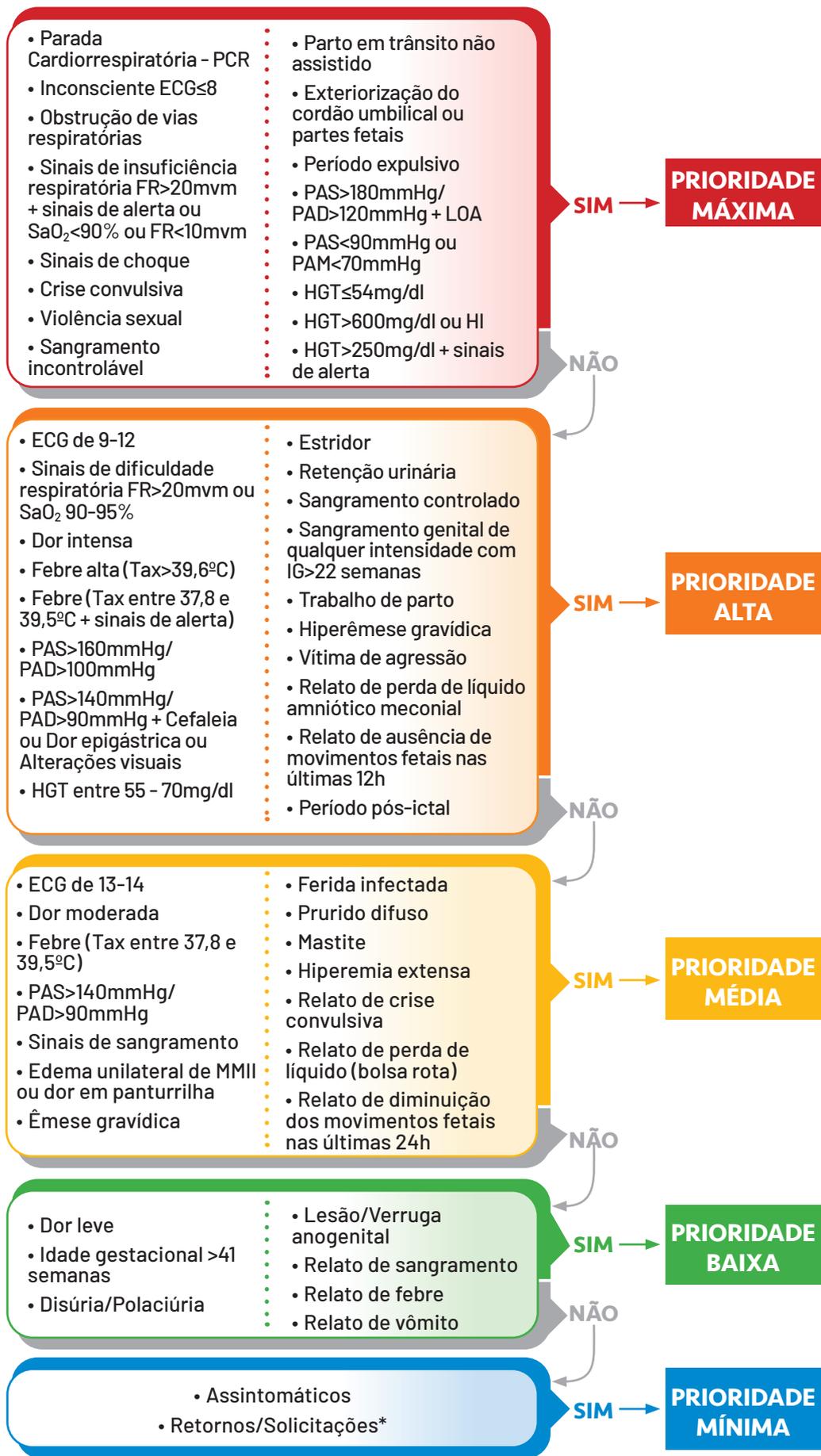
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|--|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|-----|------------------|-----|
| Dor | Tax | FC | HGT |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | HGT |

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO₂<90% ou FR<10mvm
 - Sinais de choque
 - Crise convulsiva
 - HGT≤54mg/dl
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO₂ 90-95%
 - Dor intensa
 - Febre alta (Tax>39,6°C)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5°C + sinais de alerta)
 - Sinais de déficit neurológicos focais
 - Período pós-ictal

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5°C)
 - Vômito
- Relato de crise convulsiva

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Relato de vômito
- Relato de febre

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

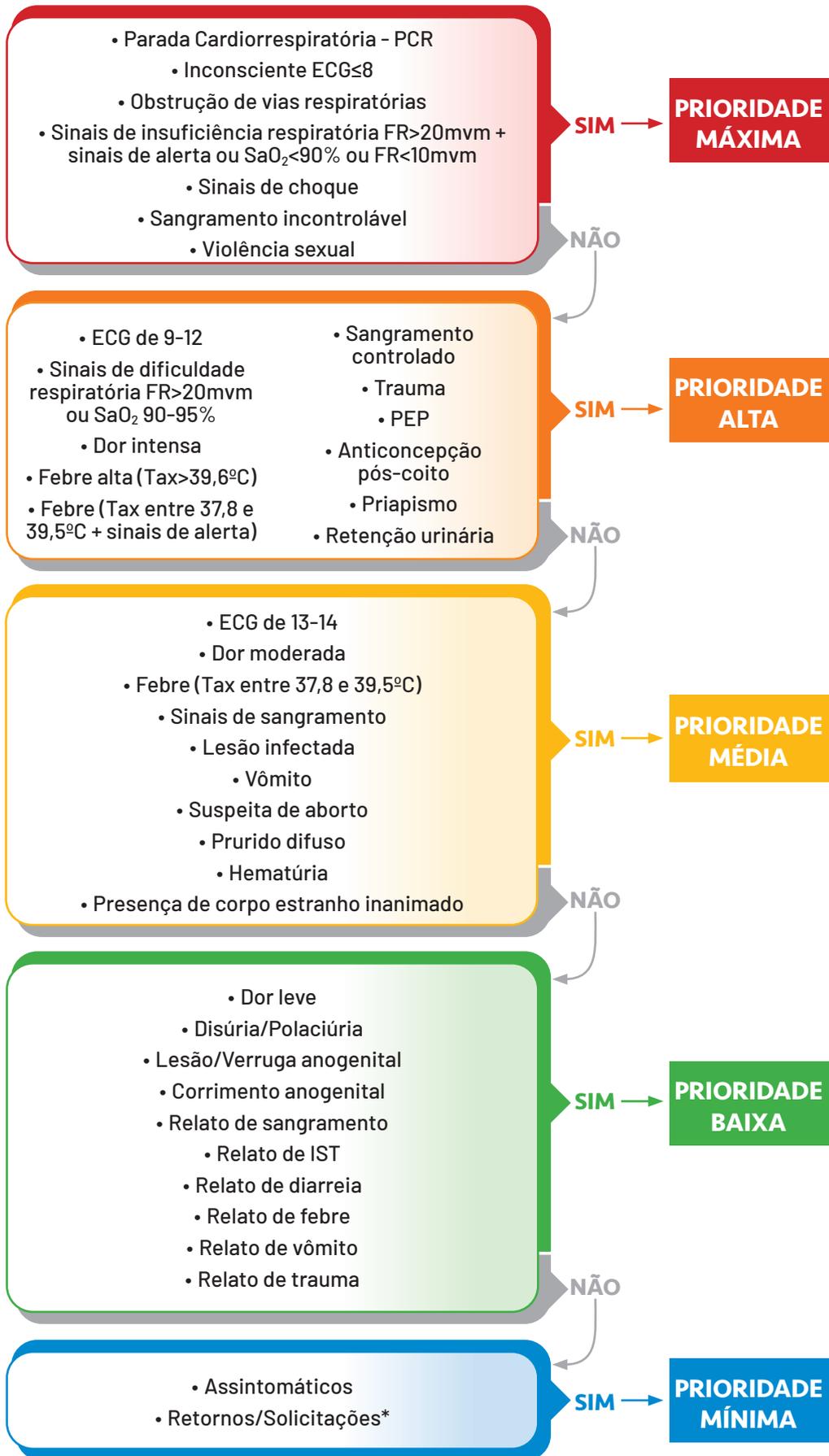
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

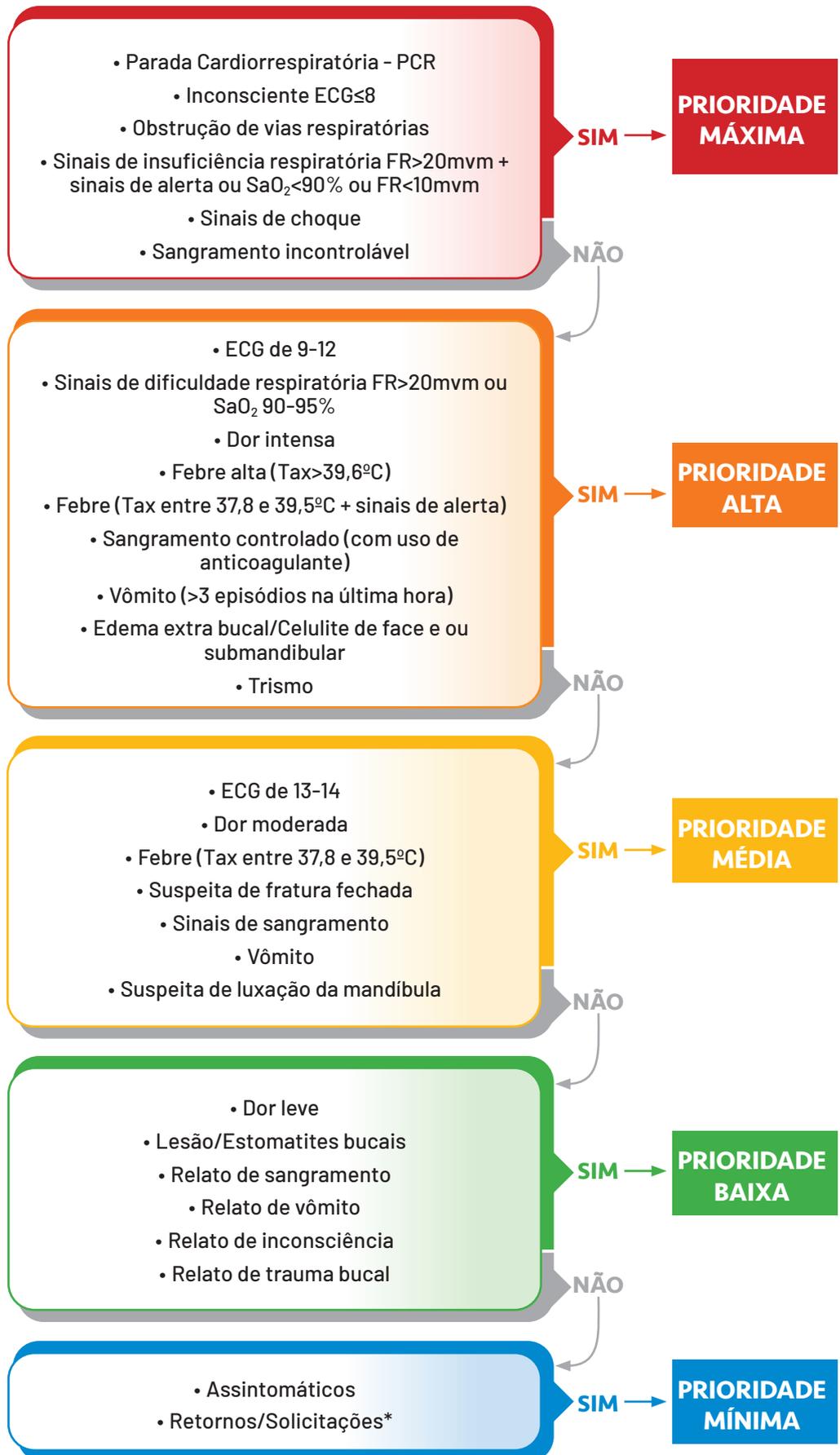
| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

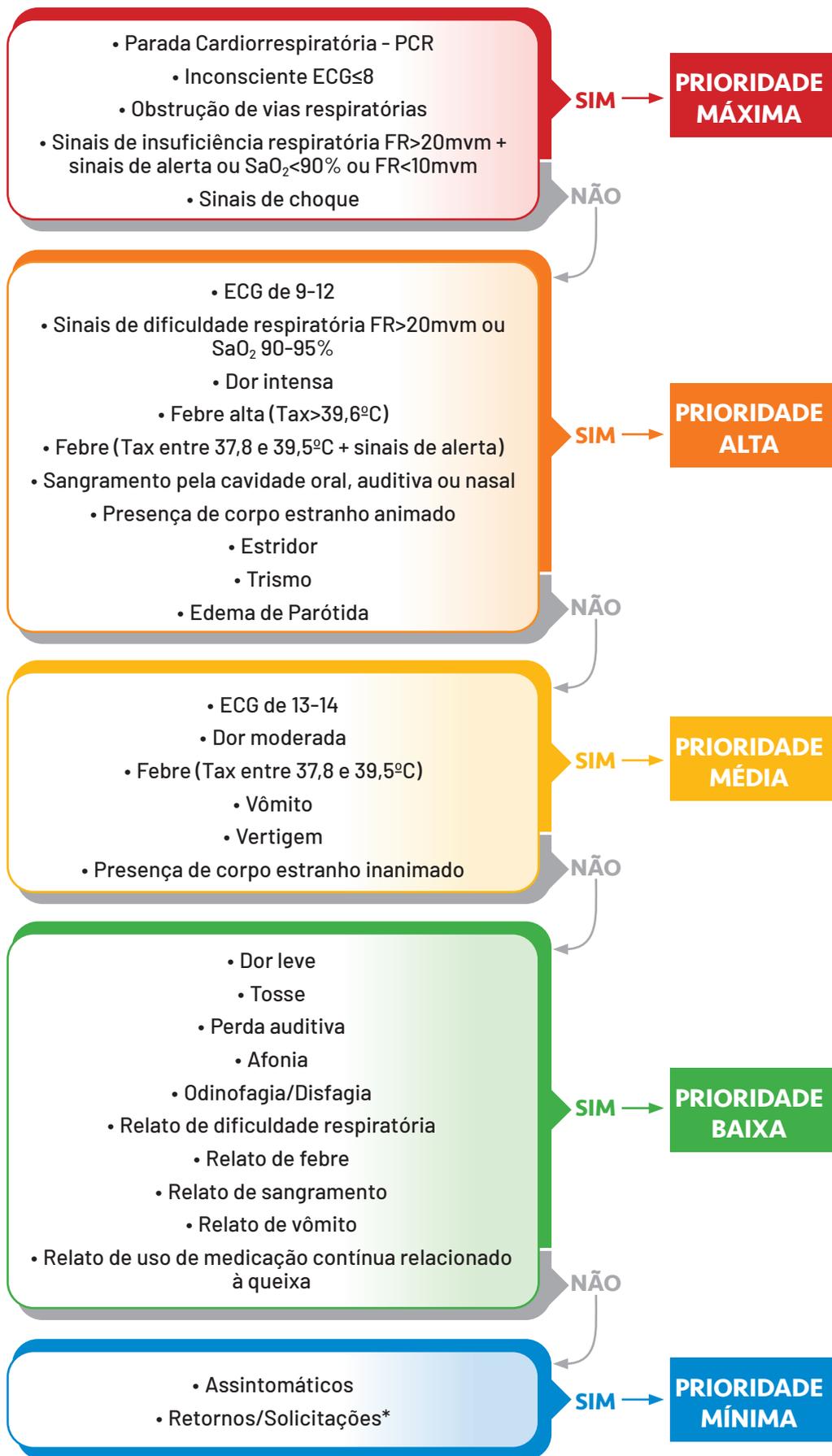
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

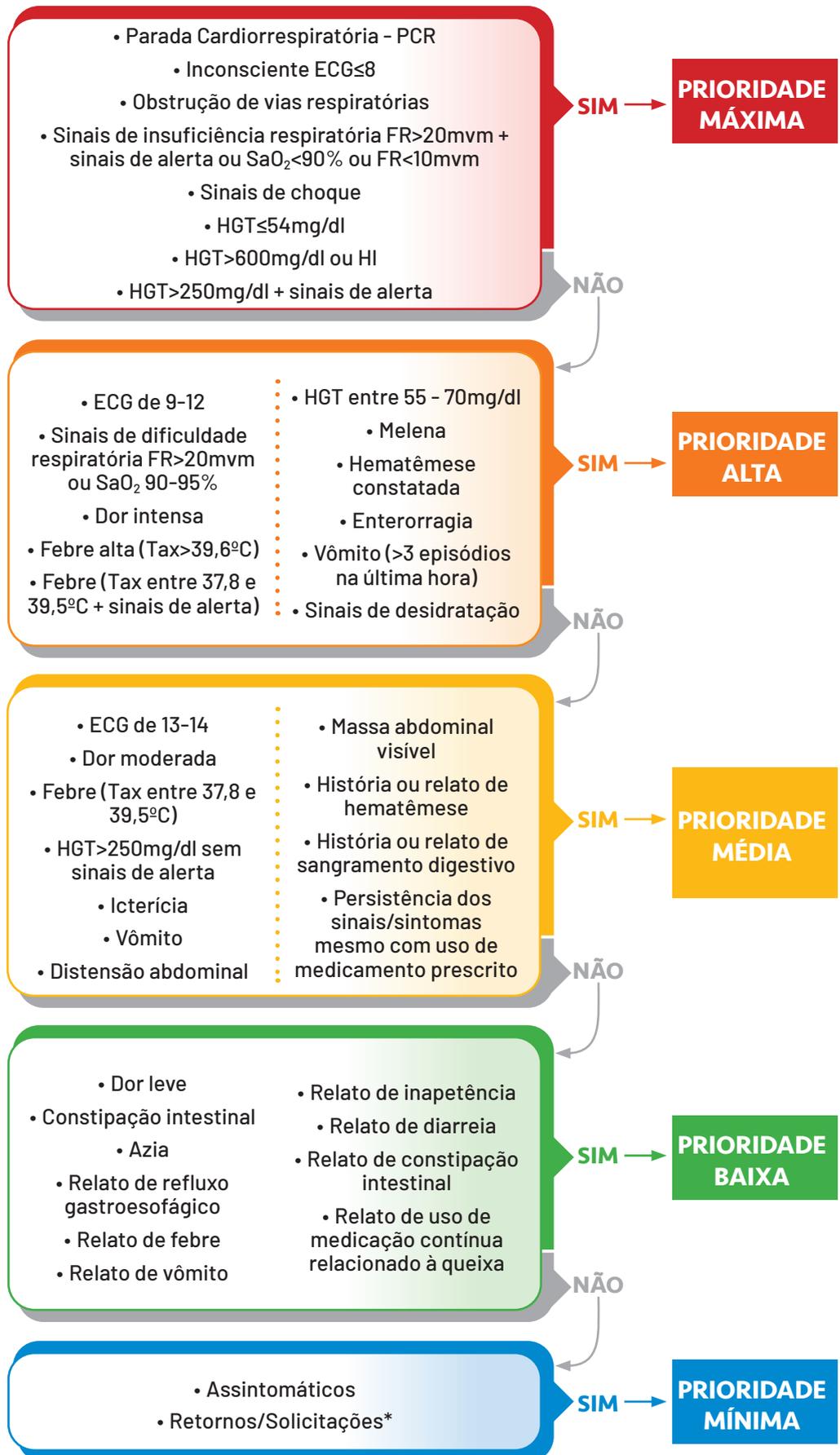
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|-----|------------------|----|
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

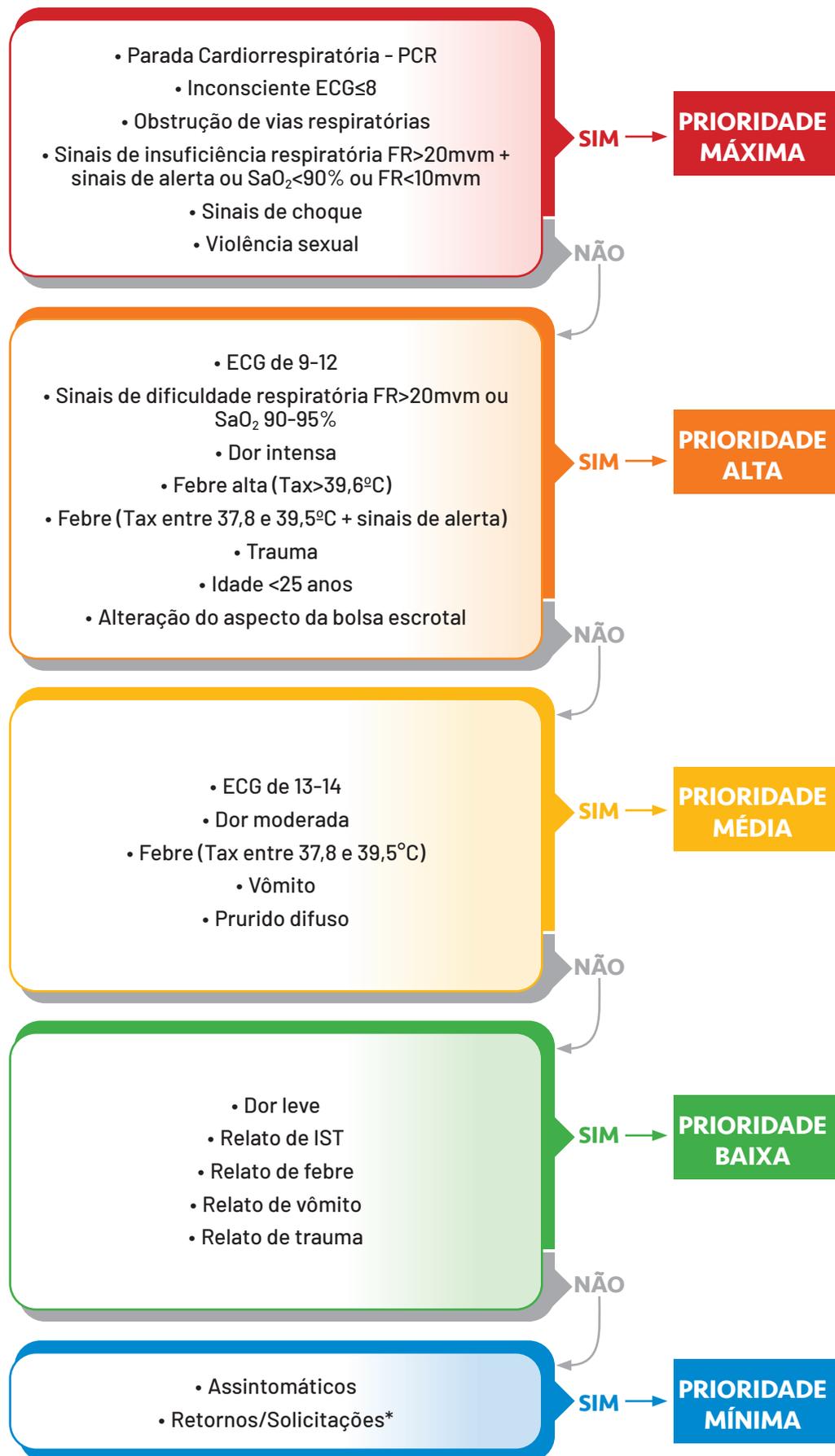
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|------------------------|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |
| HGT se idoso ou com DM | | | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

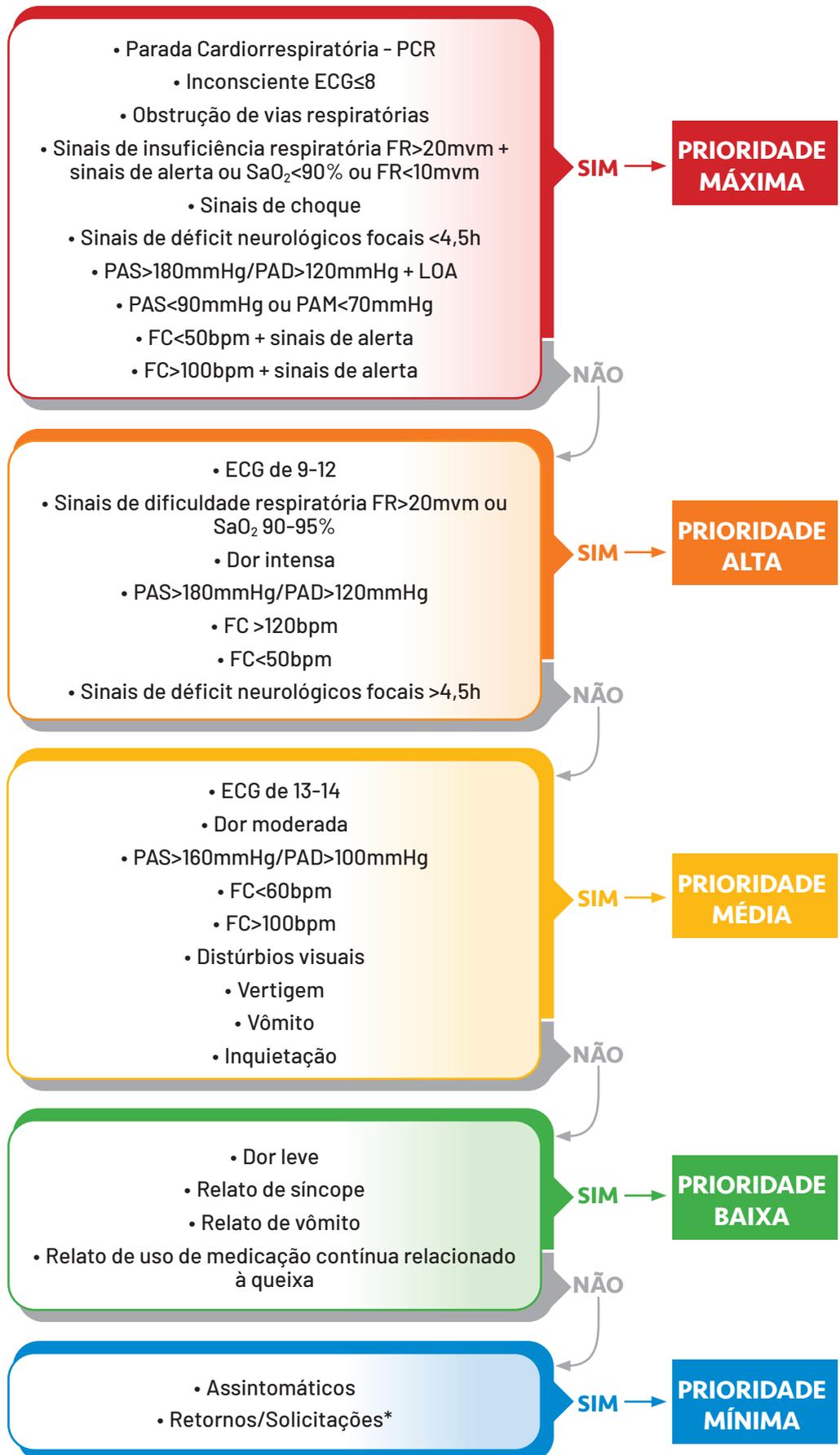
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|-----|------------------|----|
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

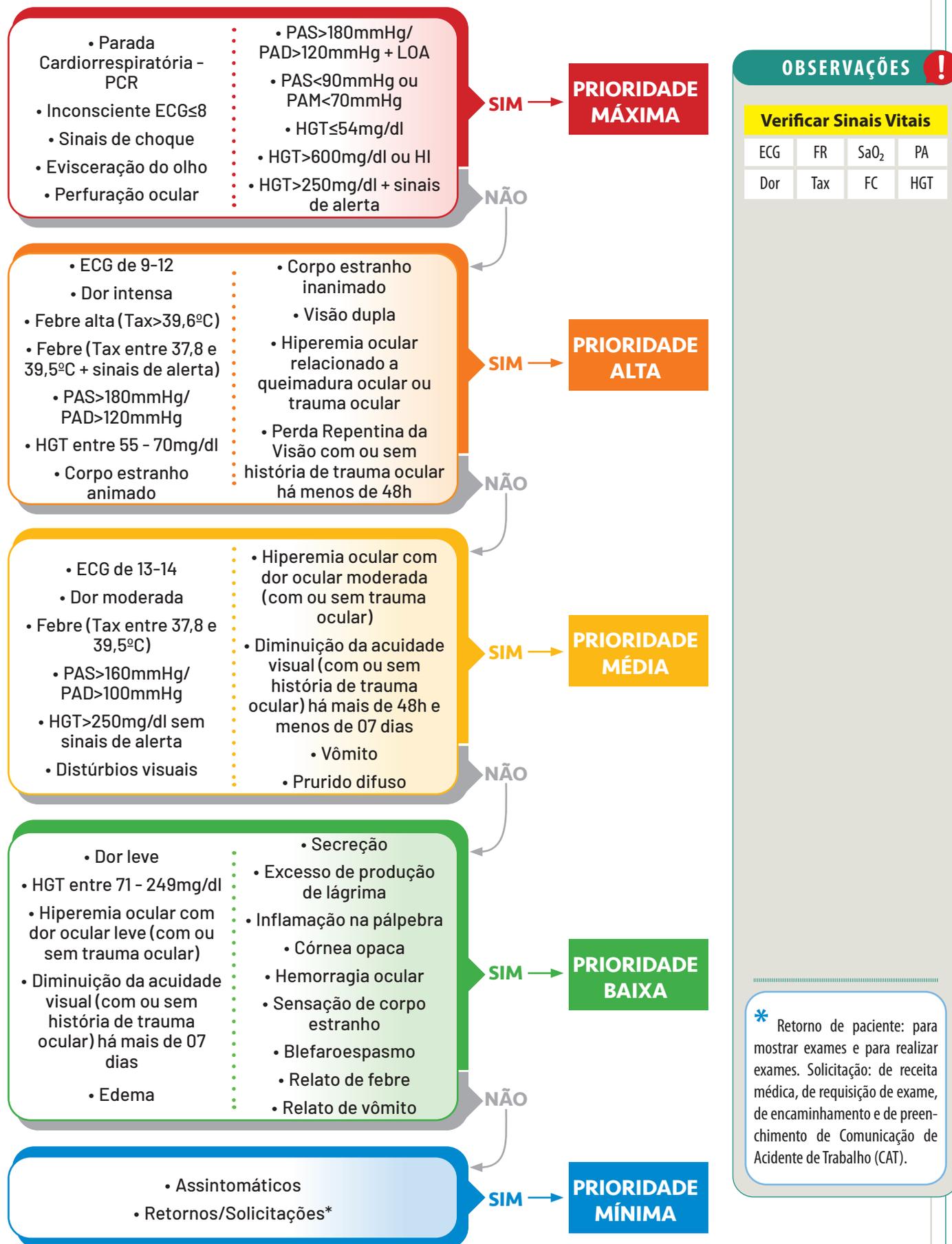
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

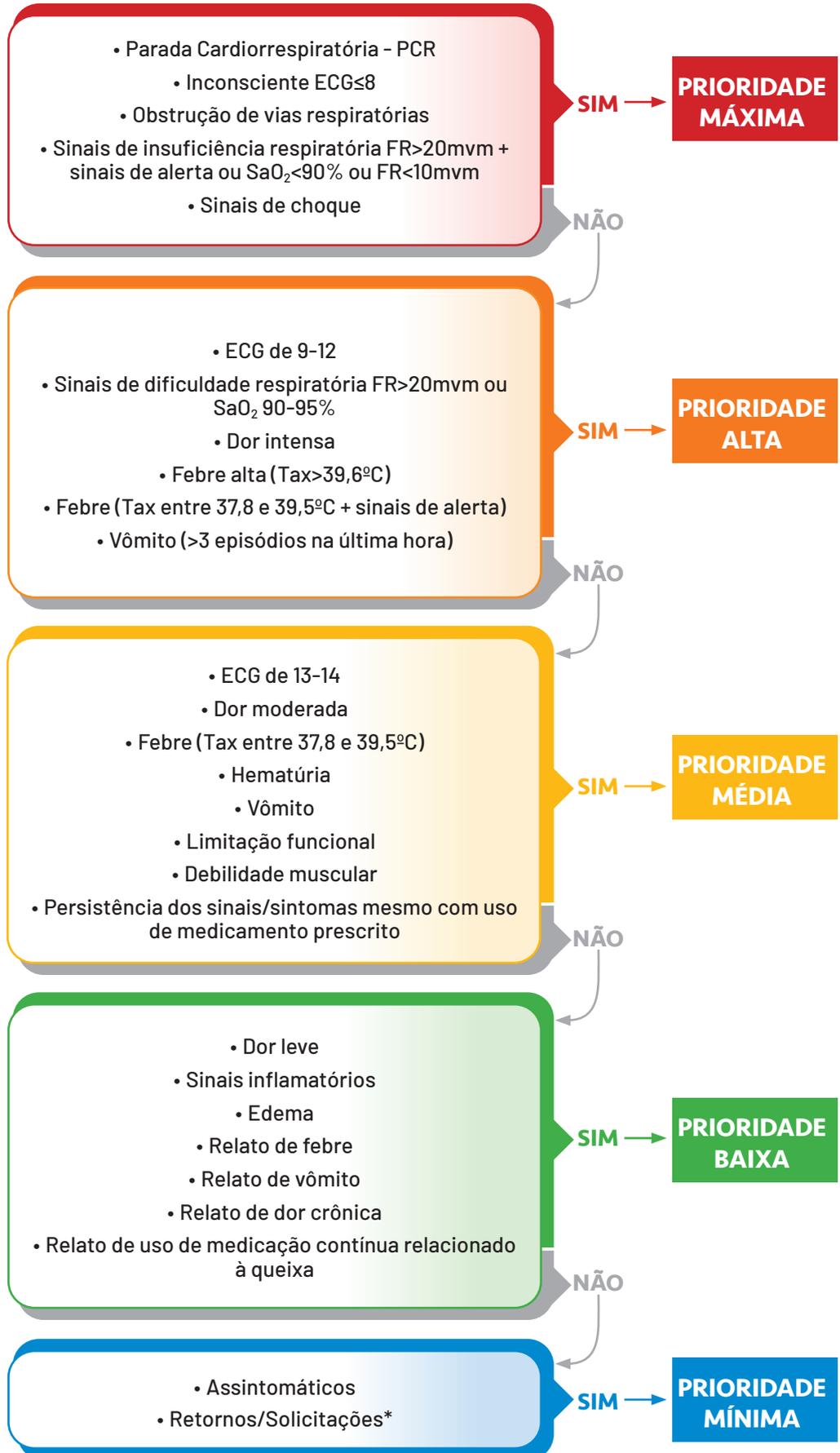


Problemas Osteomusculares e Articulares

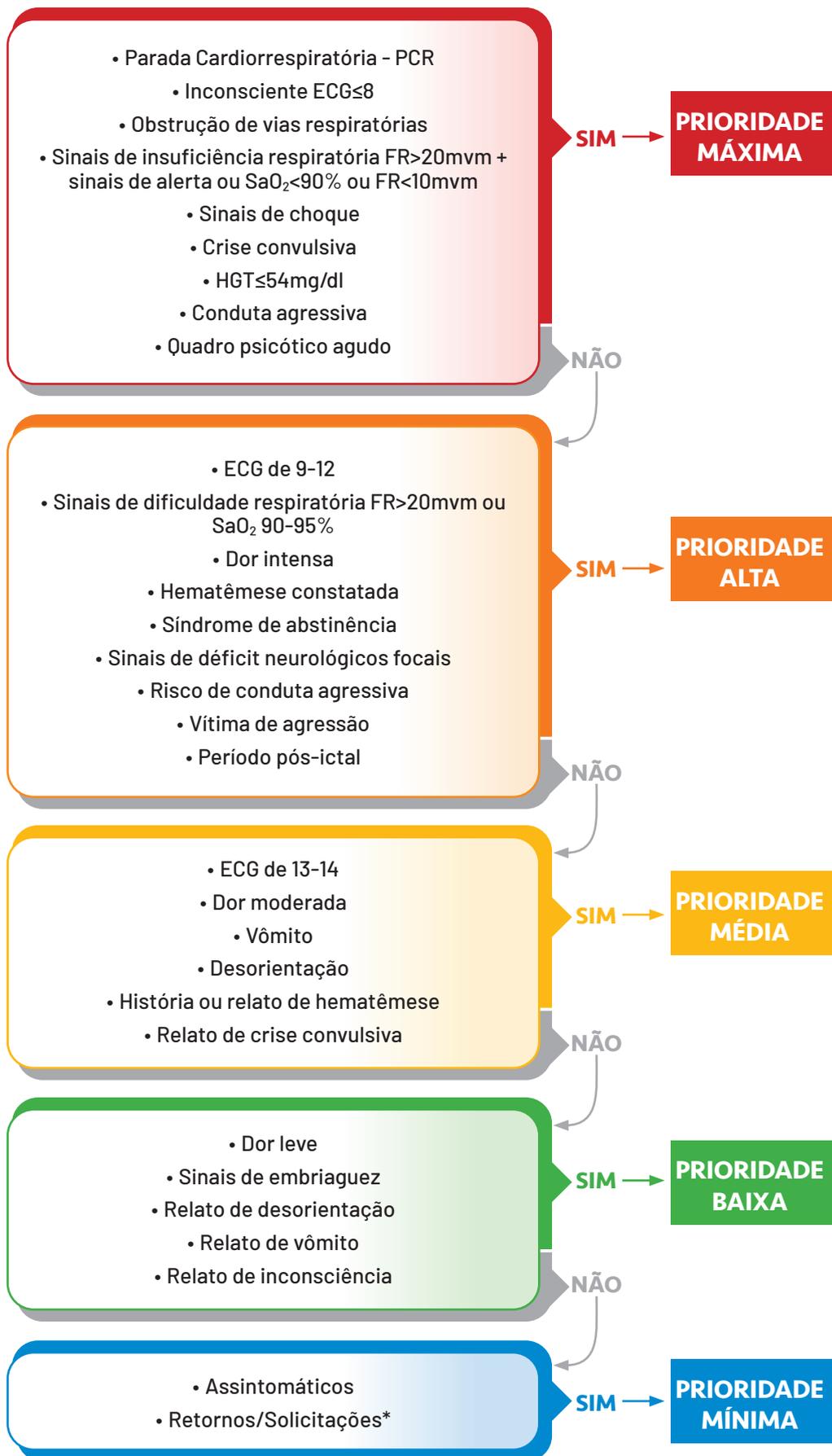
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | HGT |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO₂<90% ou FR<10mvm
 - Sinais de choque
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg + LOA
- PAS < 90mmHg ou PAM < 70mmHg
 - FC<50bpm + sinais de alerta
 - FC>100bpm + sinais de alerta

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO₂ 90-95%
 - Dor intensa
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg
 - FC >120bpm
 - FC<50bpm
- Cianose de extremidades
- Ausência de pulso periférico no membro

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ECG de 13-14 • Dor moderada • PAS>160mmHg/PAD>100mmHg <ul style="list-style-type: none"> • FC<60bpm • FC>100bpm • Privação sensorial • Claudicação | <ul style="list-style-type: none"> • Alteração na perfusão periférica • Limitação funcional <ul style="list-style-type: none"> • Edema extenso • Gangrena • Ulceração • Prurido difuso • Hiperemia extensa |
|---|--|

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Veias varicosas
- Hiperemia localizada

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

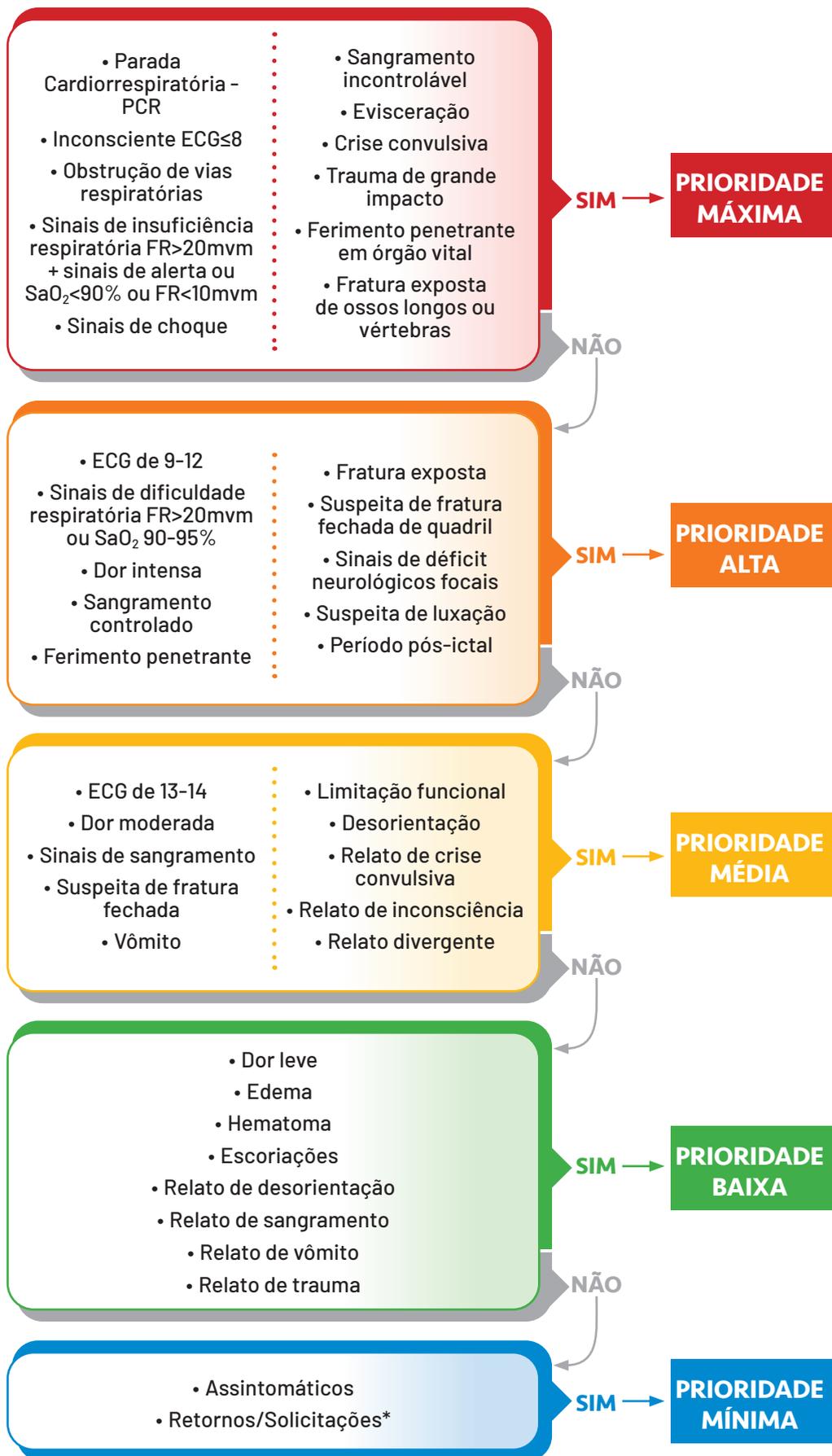
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

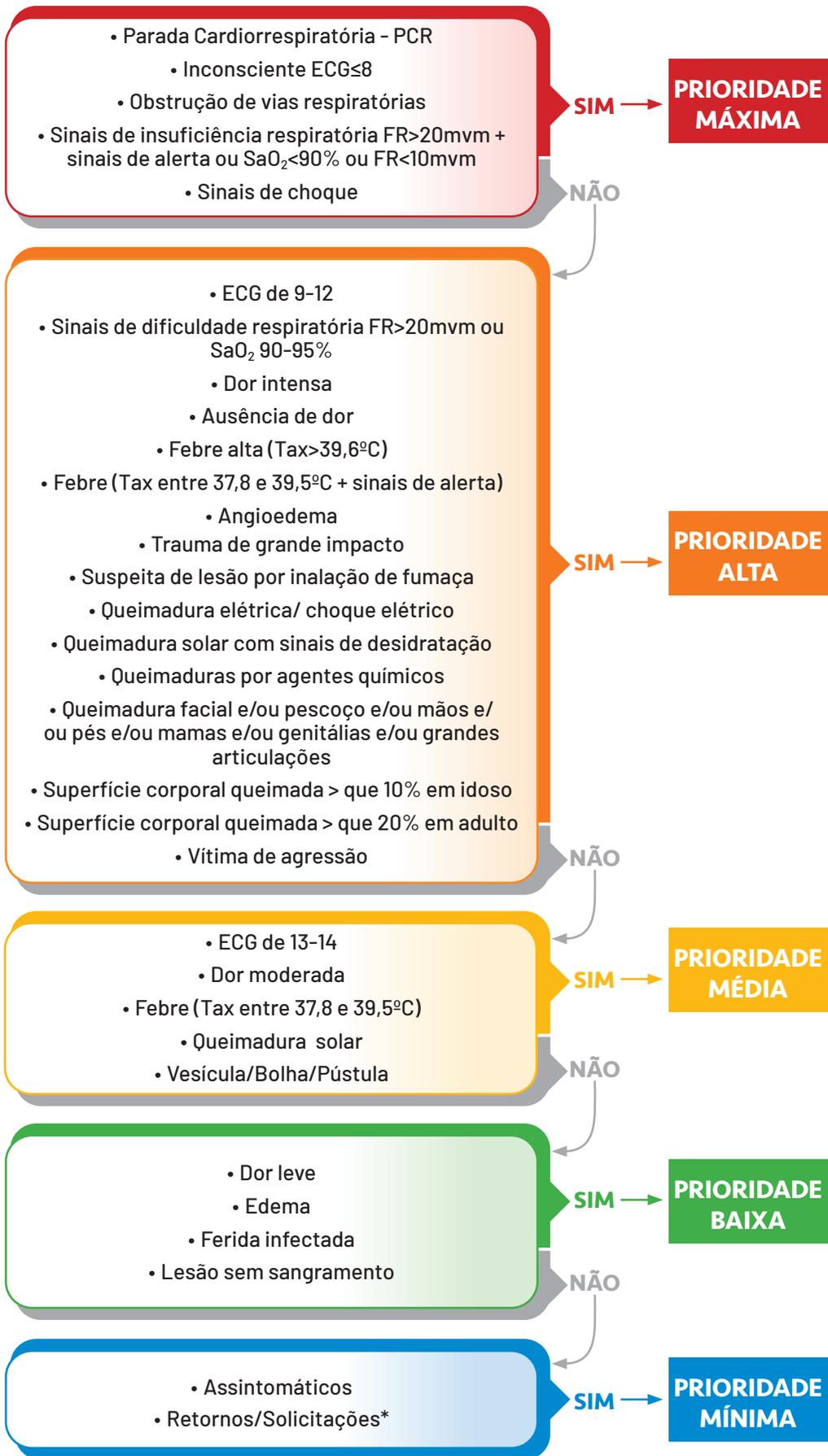
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| Dor | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

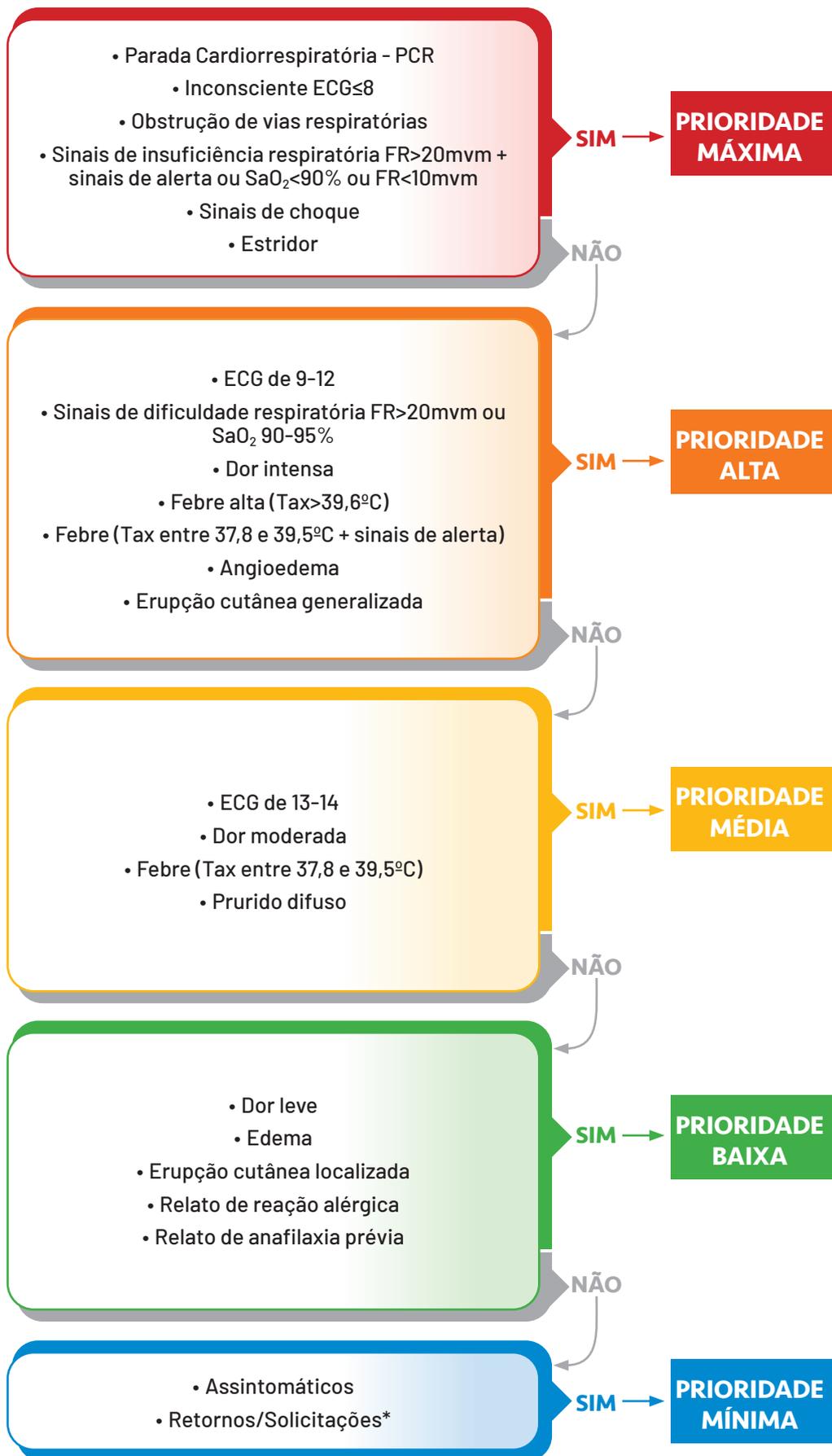
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

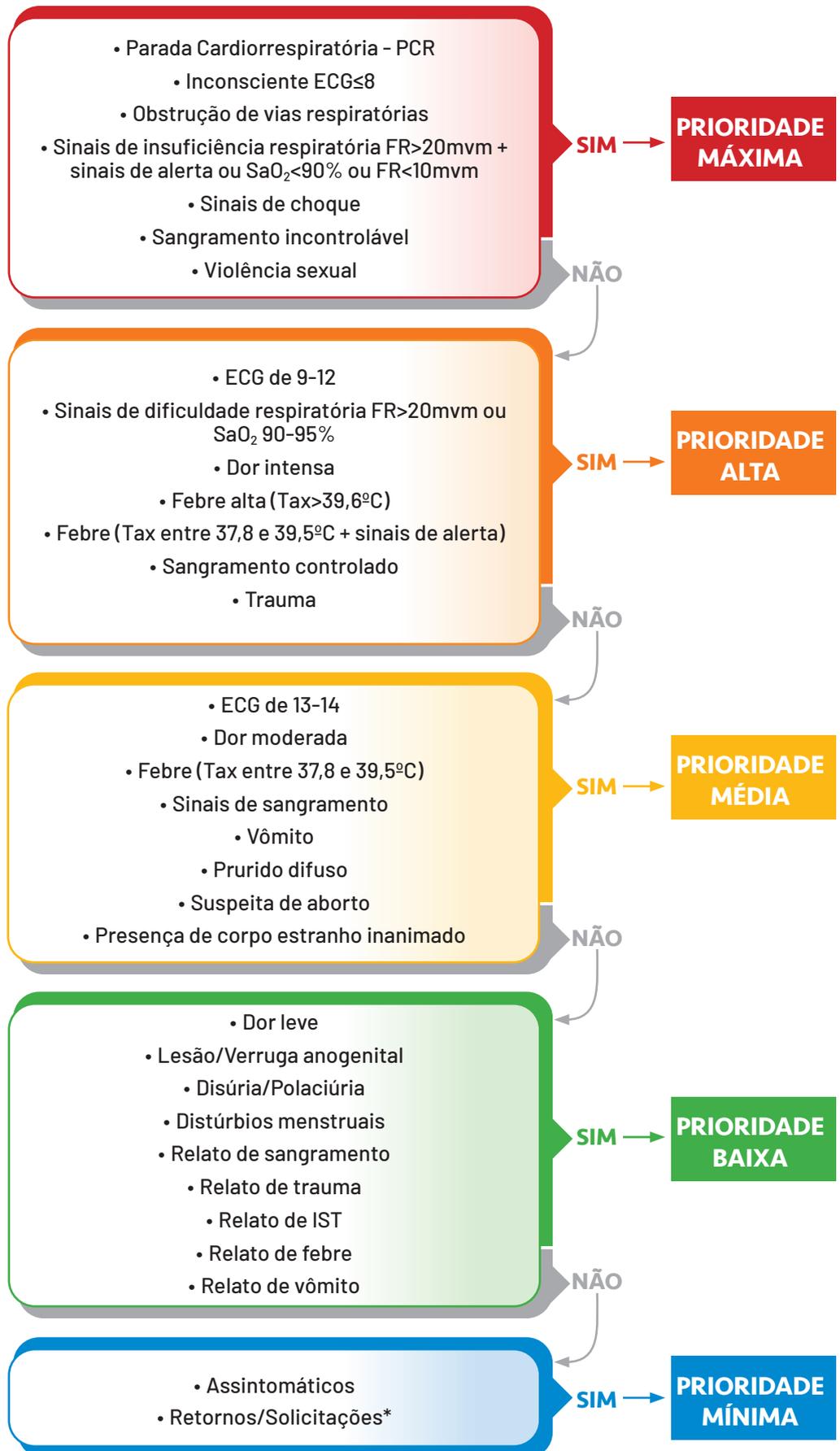
| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

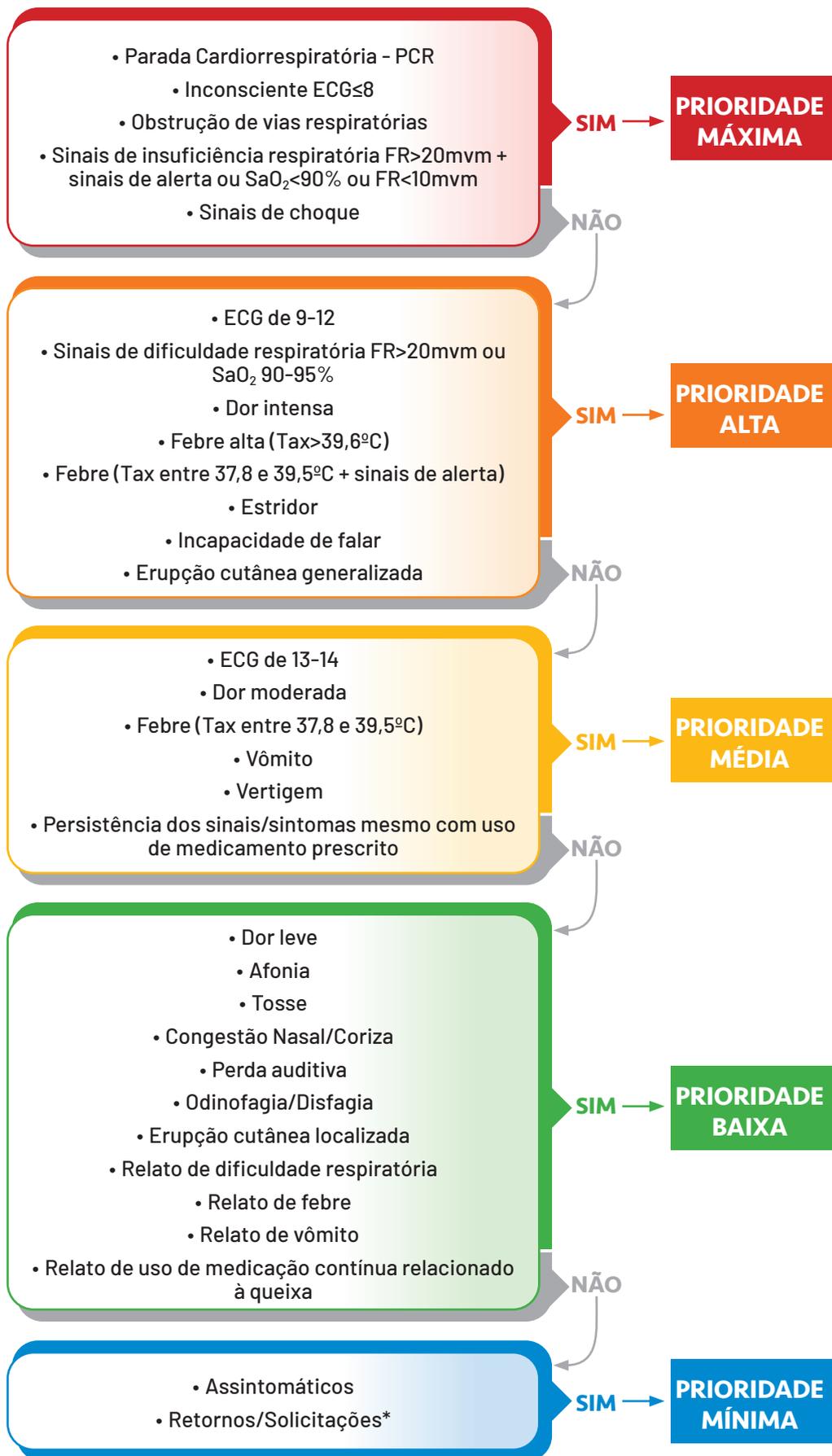


* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



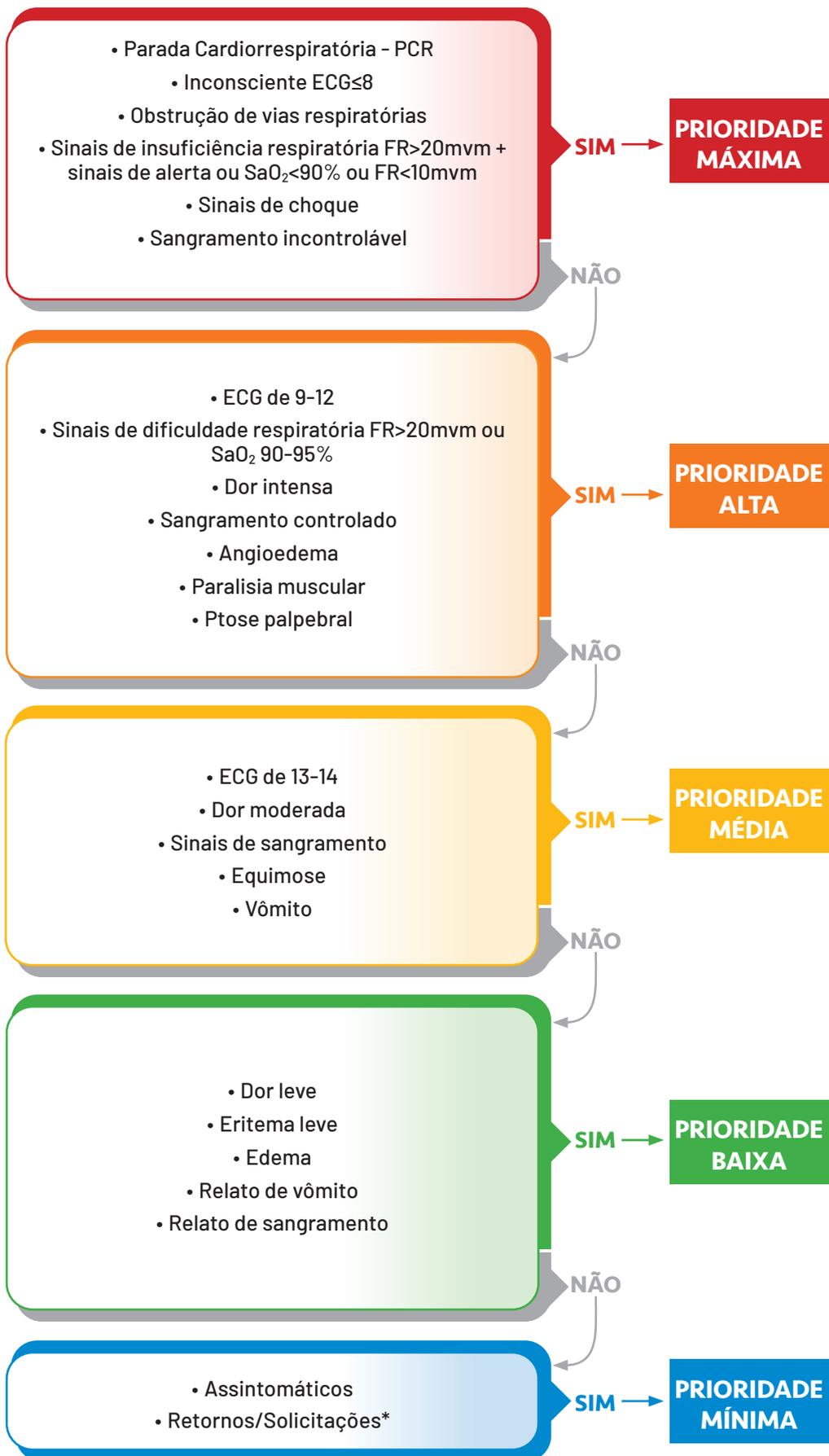
* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Suspeita de Acidente por Animais Peçonhentos

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

Suspeita de Dengue e Outras Arboviroses

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, **COM SINAIS DE GRAVIDADE** (sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos: taquicardia, extremidades distais frias e pegajosas, pulso fraco e filiforme, enchimento capilar lento (<2 segundos), pressão arterial convergente (<20mmHg), taquipneia, oligúria, hipotensão arterial, cianose, acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória, sangramento grave e comprometimento grave de órgãos).

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

ATENÇÃO
CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO D
ENCAMINHAR PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO/
REANIMAÇÃO/VERMELHA.
PRESCREVER ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E INÍCIO DE HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA 20ml/kg DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM INFUSÃO EM ATÉ 20 MINUTOS.

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, **COM SINAIS DE ALARME PRESENTES** (dor abdominal intensa referida ou à palpação e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos - ascite, derrame pleural, derrame pericárdico -, hipotensão postural e/ou lipotimia, hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito) **E SINAIS DE GRAVIDADE AUSENTES.**

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

ATENÇÃO
CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO C
ENCAMINHAR PARA SALA DE OBSERVAÇÃO, EM LEITO.
PRESCREVER ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E INÍCIO DE HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA 10ml/kg DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM INFUSÃO EM ATÉ 60 MINUTOS.

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, **SEM SINAIS DE ALARME, COM CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU COM RISCO SOCIAL OU COMORBIDADES.**

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

ATENÇÃO
CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO B
ENCAMINHAR PARA SALA DE MEDICAÇÃO
PRESCREVER HEMOGRAMA COMPLETO, COM INDICAÇÃO DE SUSPEITA DE DENGUE (para urgência da coleta e liberação do resultado).

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, **SEM SINAIS DE ALARME, sem condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades.**

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

ATENÇÃO
CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO A
ENCAMINHAR PARA ÁREA DE ESPERA PARA AGUARDAR ATENDIMENTO MÉDICO.

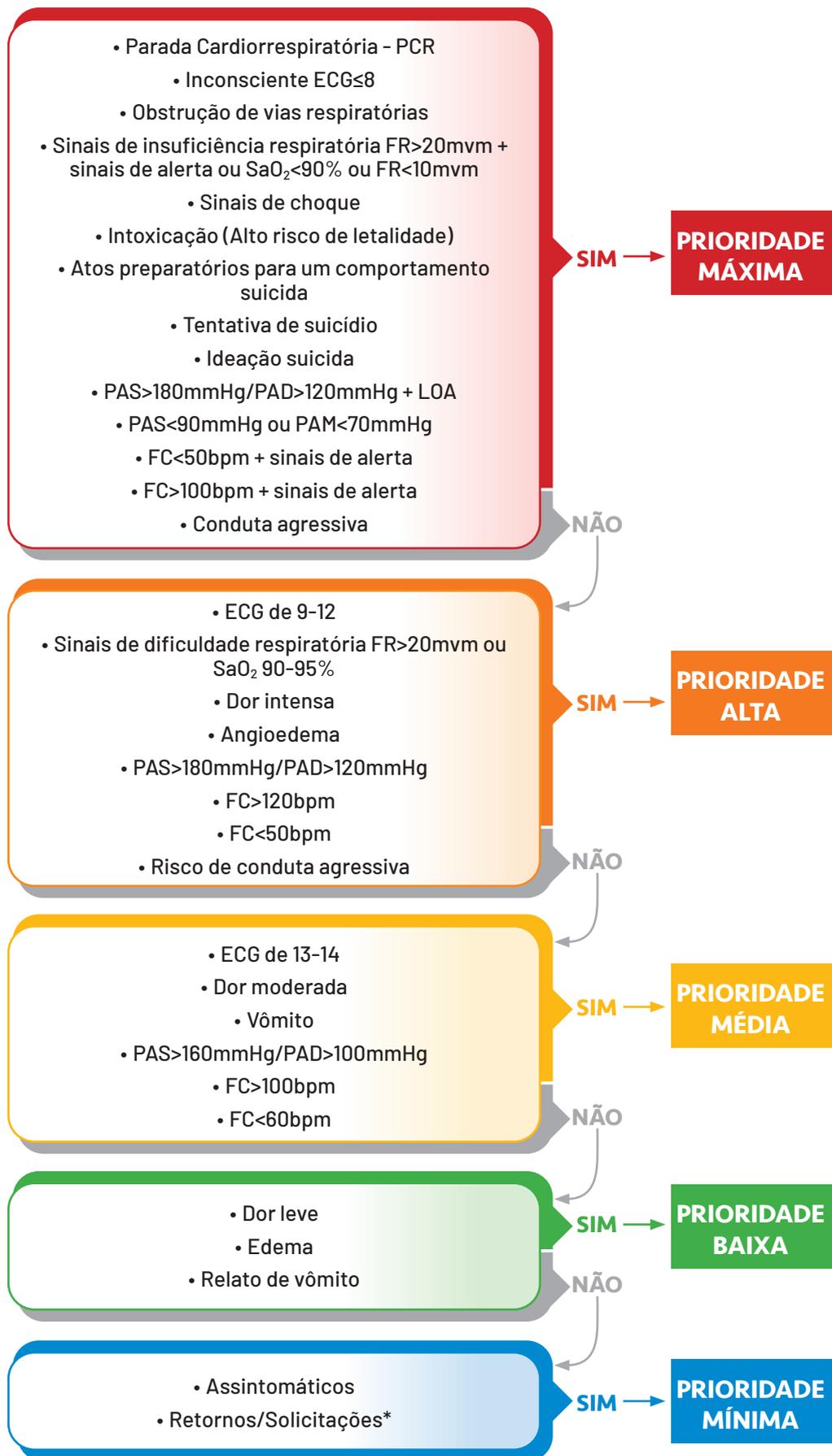
* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO A e TIPO B: ORIENTAR HIDRATAÇÃO ORAL (até resultado dos exames):
Adultos 60ml/kg/dia (1/3, se possível com sais de hidratação oral).

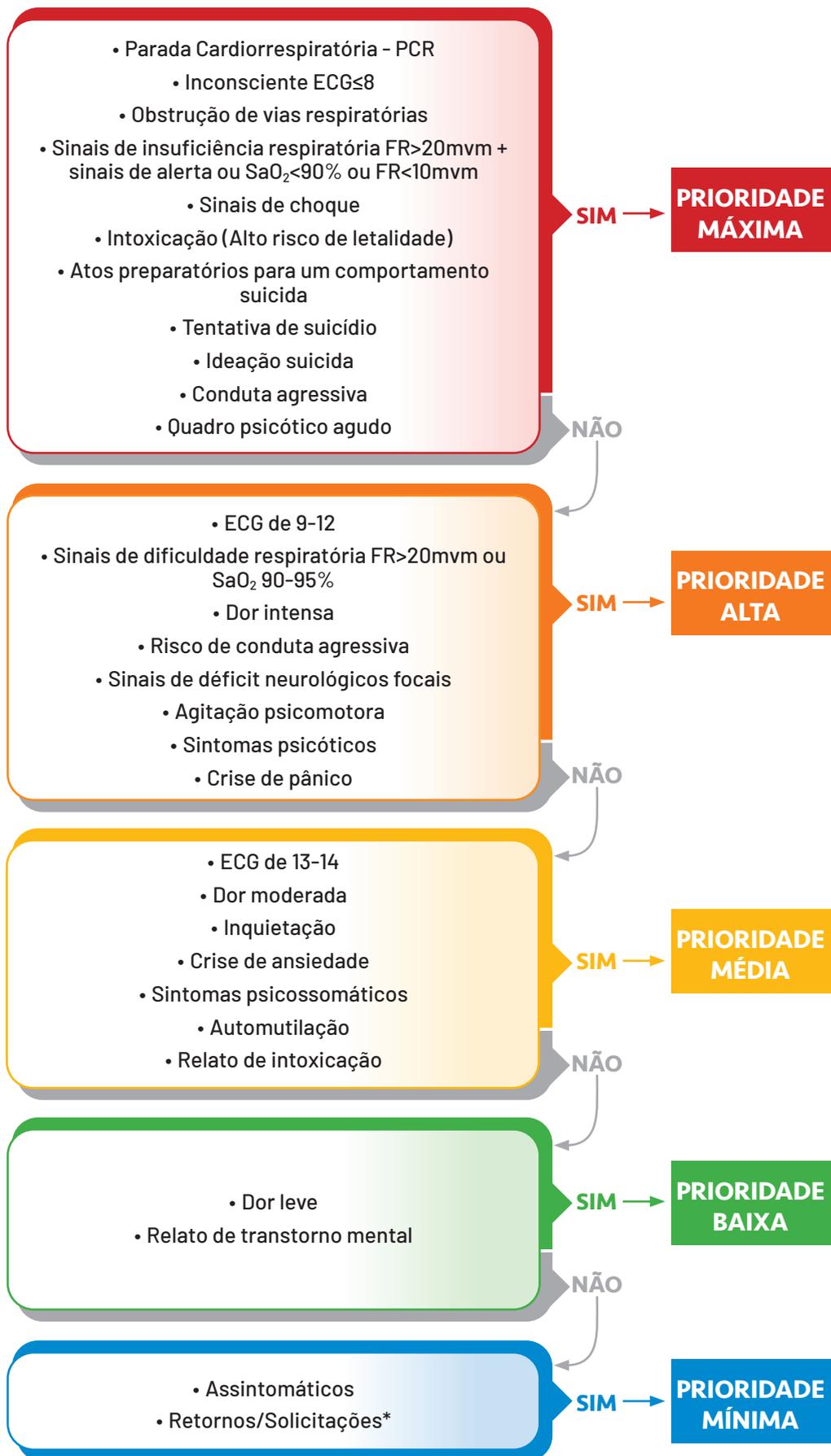
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

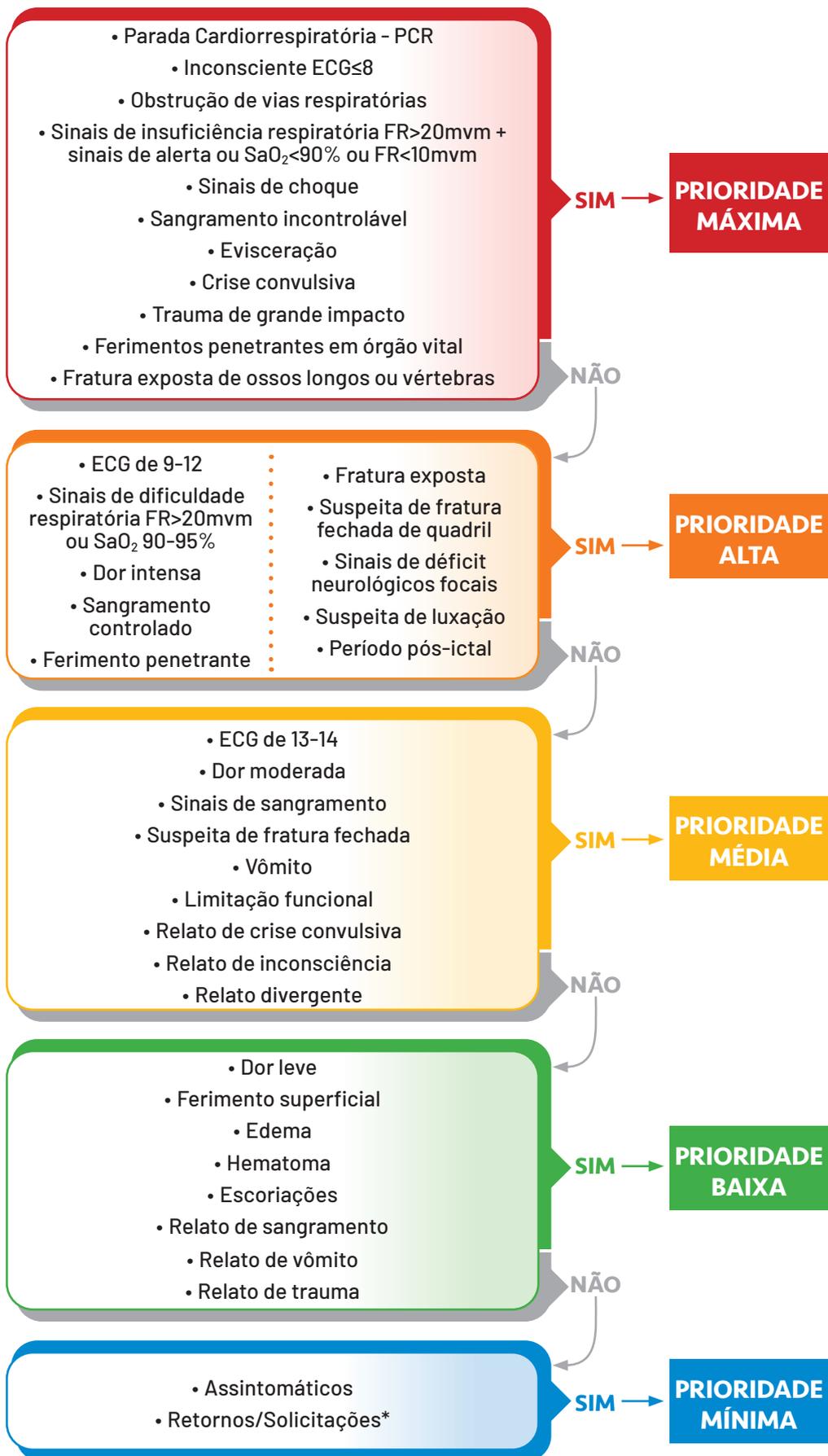
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| Dor | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

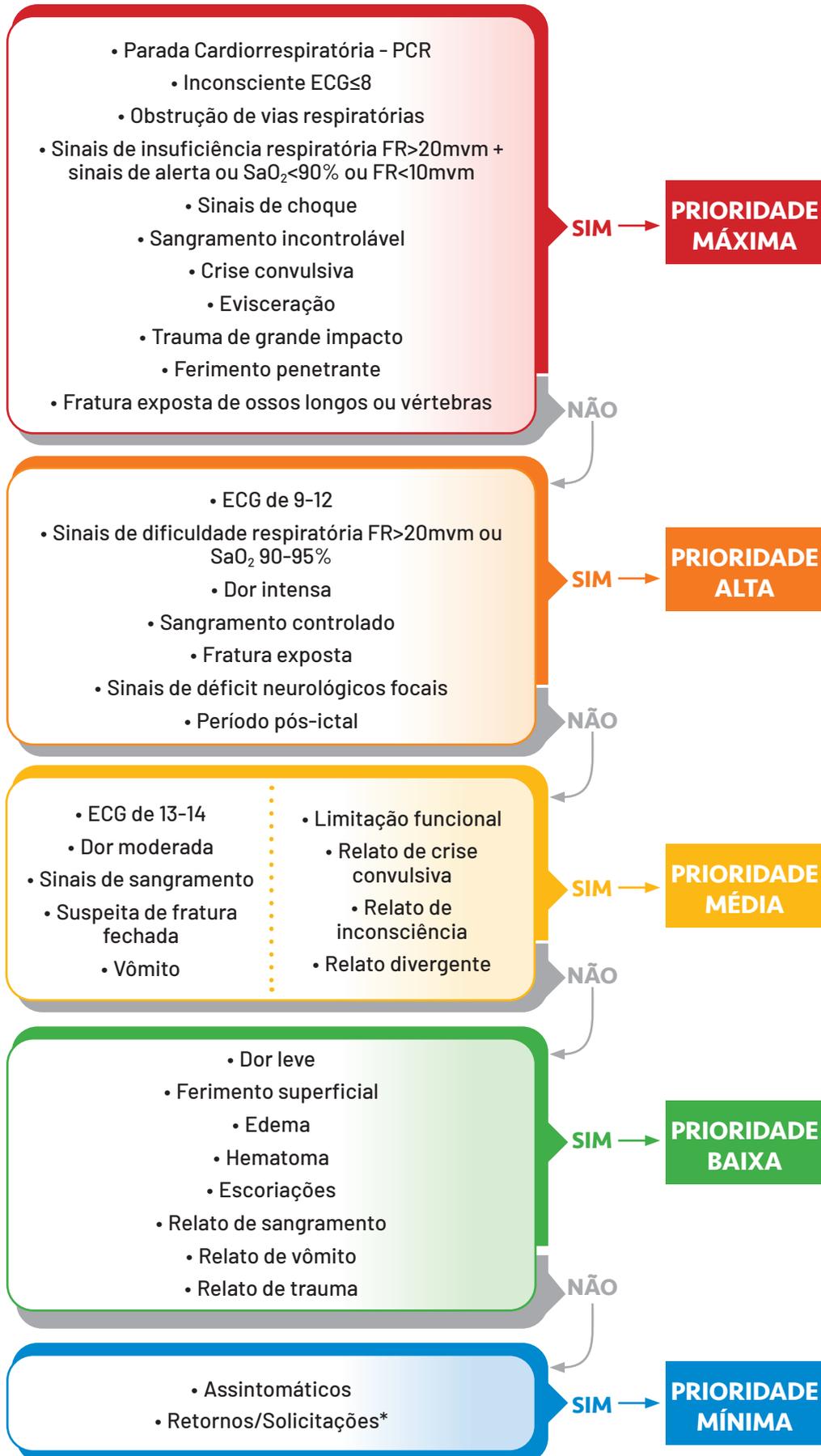
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECG \leq 8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR $>$ 20mvm + sinais de alerta ou SaO₂ $<$ 90% ou FR $<$ 10mvm
 - Sinais de choque
- Sangramento incontrollável
 - Evisceração do olho
 - Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
 - Ferimento penetrante
- Fratura exposta de ossos longos ou vértebras

SIM

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR $>$ 20mvm ou SaO₂ 90-95%
 - Dor intensa
- Sangramento controlado
 - Fratura exposta
- Sinais de déficit neurológicos focais
 - Período pós-ictal

SIM

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
- Vômito
- Limitação funcional
 - Relato de crise convulsiva
 - Relato de inconsciência
 - Relato divergente

SIM

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Ferimento superficial
 - Edema
 - Hematoma
 - Escoriações
- Relato de sangramento
 - Relato de vômito
 - Relato de trauma

SIM

PRIORIDADE BAIXA

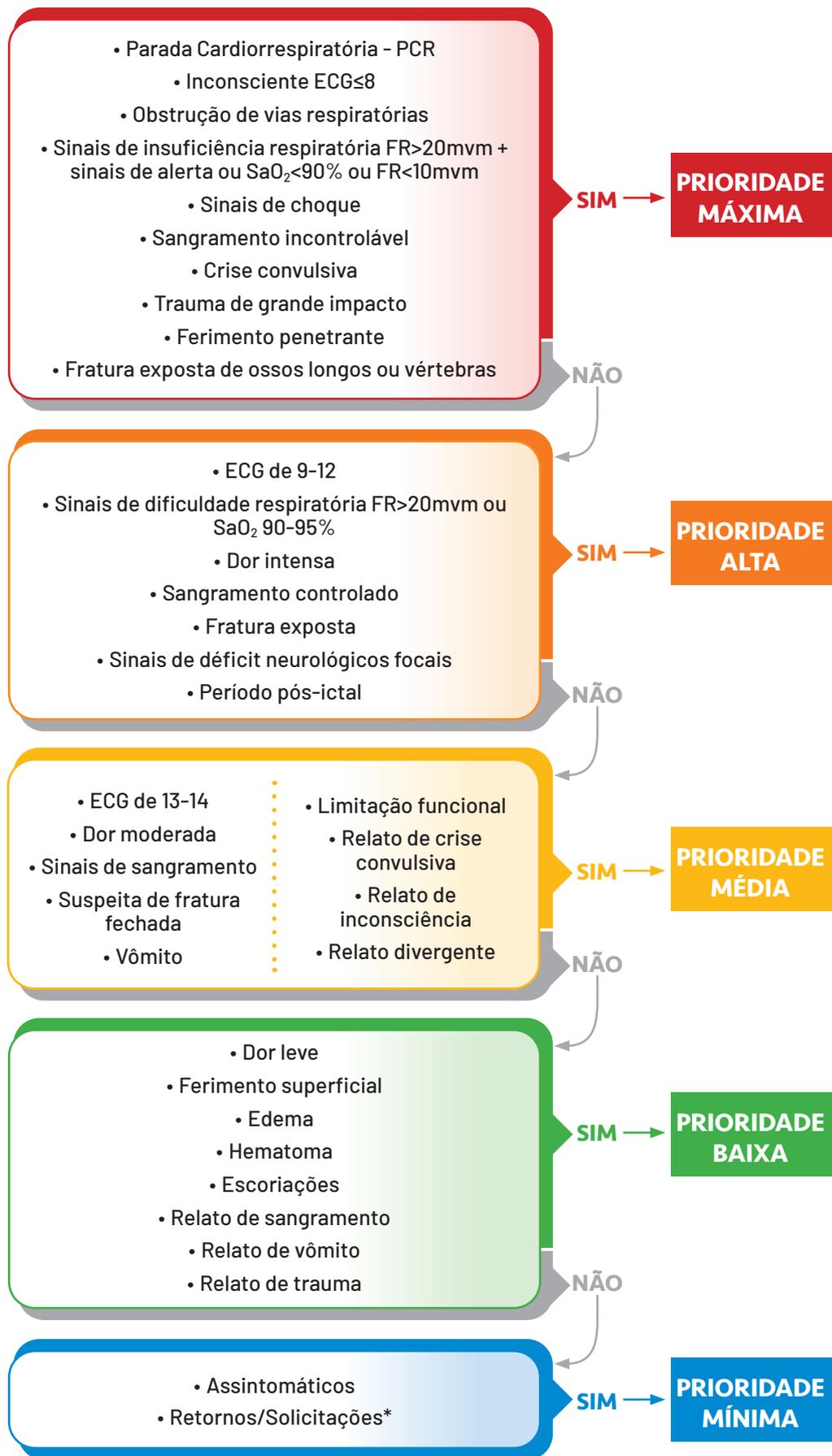
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM

PRIORIDADE MÍNIMA

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

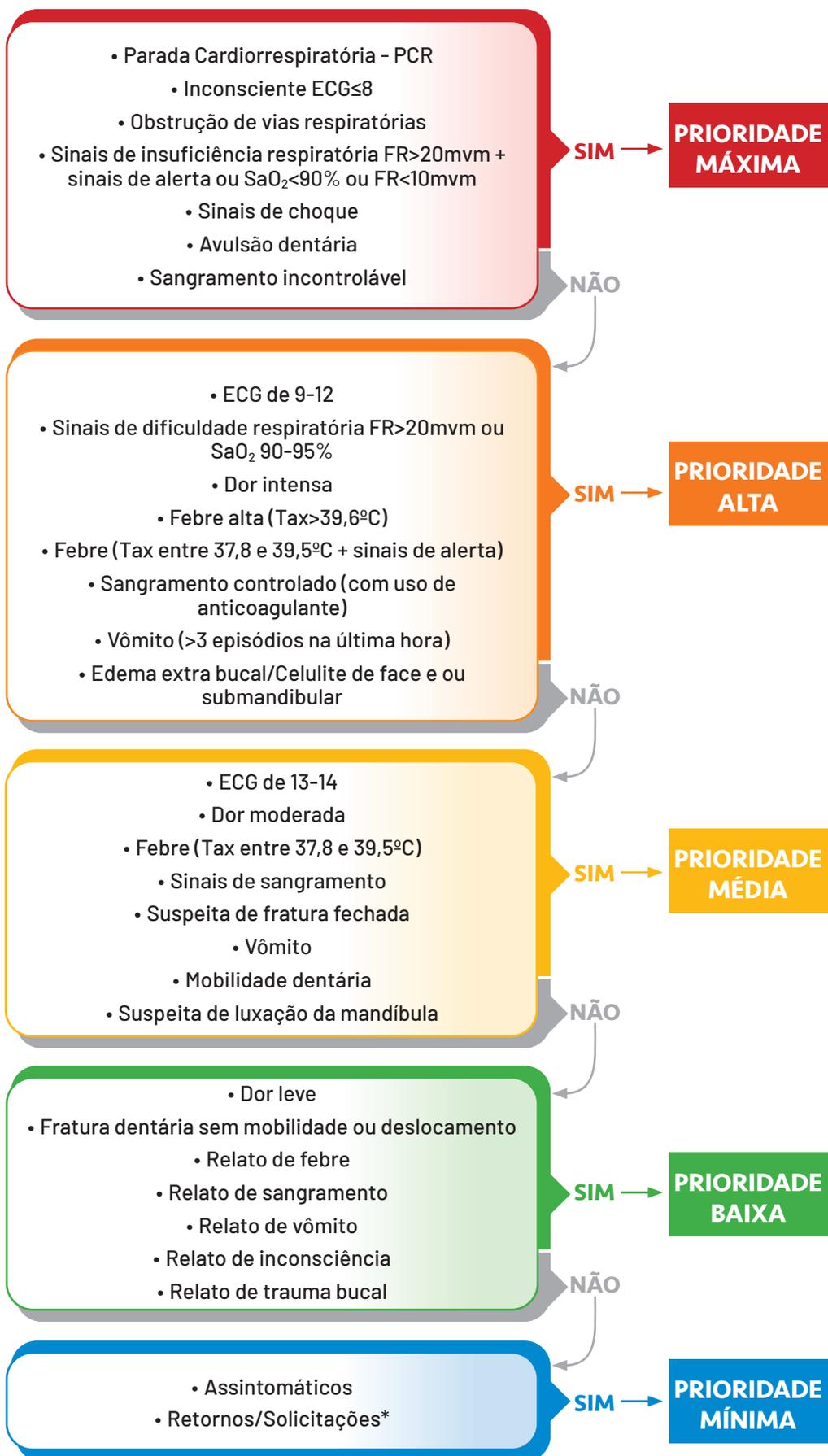
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

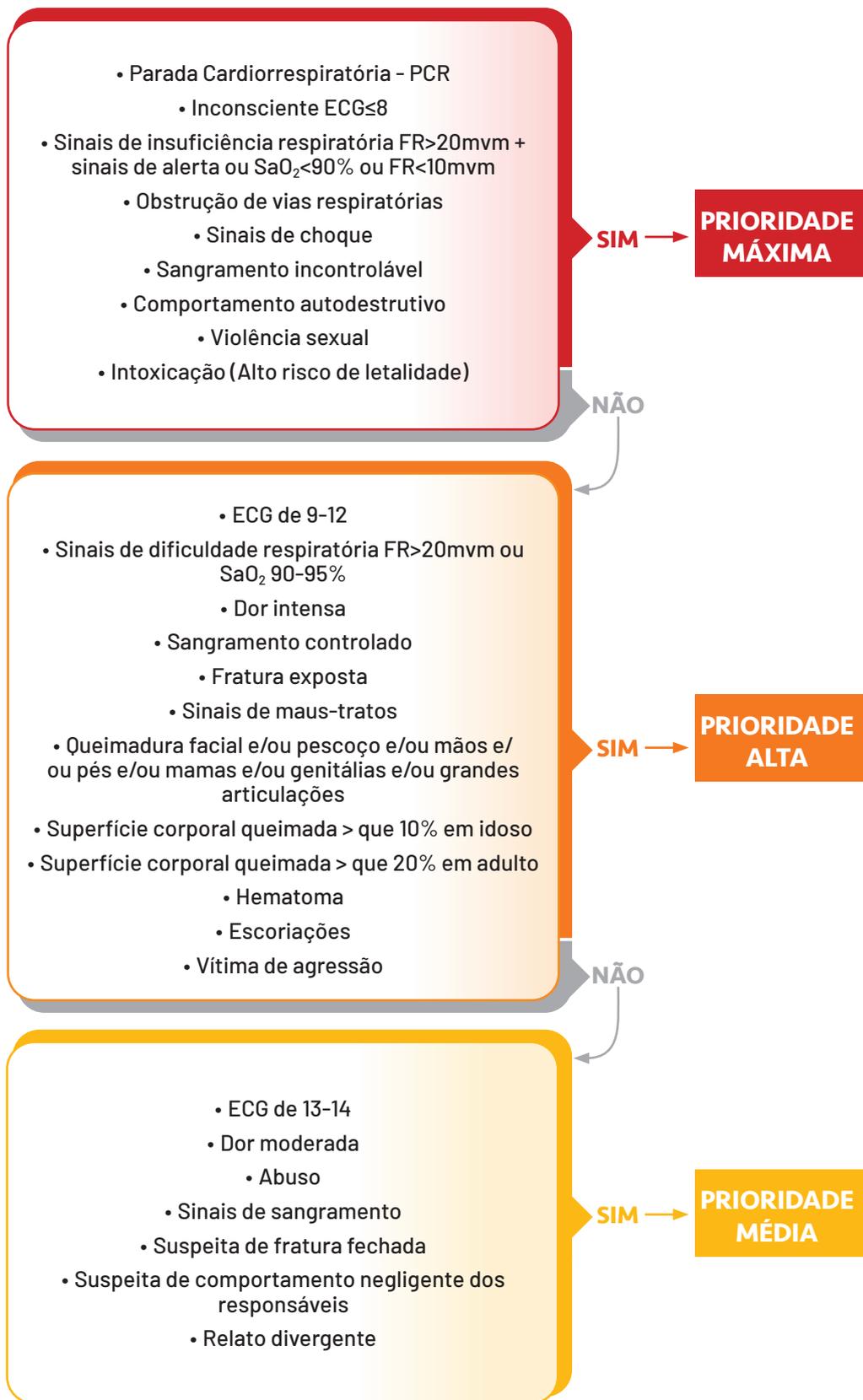
OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |



* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| Dor | | FC | |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame, de encaminhamento e de preenchimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).



FLUXOGRAMAS PEDIÁTRICOS

01. Afogamento
02. Agressão
03. Alteração Cognitiva e de Conduta
04. Alteração da Pressão Arterial
05. Alteração do Padrão Respiratório
06. Alteração do Ritmo Cardíaco
07. Alteração Glicêmica
08. Cefaleia
09. Conduta Autodestrutiva
10. Crise Convulsiva
11. Diarreia e Vômito
12. Dor Abdominal
13. Dor Torácica
14. Exposição a Agentes Biológicos
15. Febre
16. Feridas/Lesões
17. Gestação, Parto e Puerpério
18. Perda da Consciência
19. Problemas Anogenitais e Urinários
20. Problemas Bucais
21. Problemas de Garganta, Ouvido e Nariz
22. Problemas na Bolsa Escrotal
23. Problemas Neurovasculares
24. Problemas nos Olhos
25. Problemas Osteomusculares e Articulares
26. Problemas Relacionados ao Uso Abusivo de Álcool
27. Problemas Vasculares e de Extremidades
28. Queda de Nível
29. Queimaduras
30. Reações Alérgicas
31. Recém-Nascido e Lactente (<3 meses)
32. Sangramento Vaginal
33. Síndrome Gripal
34. Suspeita de Acidente por Animais Peçonhentos
35. Suspeita de Dengue e Outras Arboviroses
36. Suspeita de Intoxicação e Envenenamento
37. Transtorno Mental
38. Trauma
39. Trauma Abdominal
40. Trauma na Cabeça
41. Trauma Torácico
42. Traumatismo Bucal
43. Violência e Maus-Tratos





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

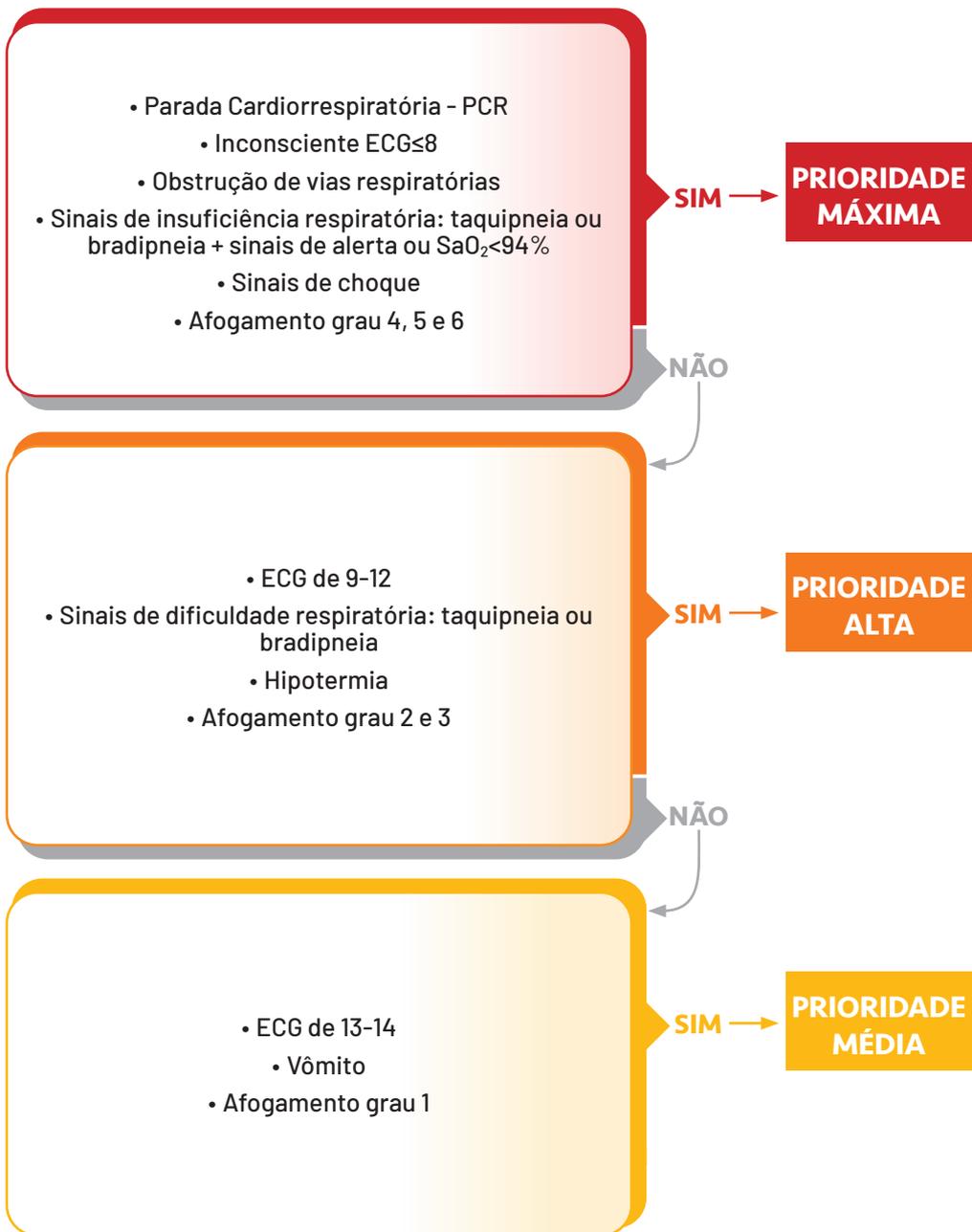
Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

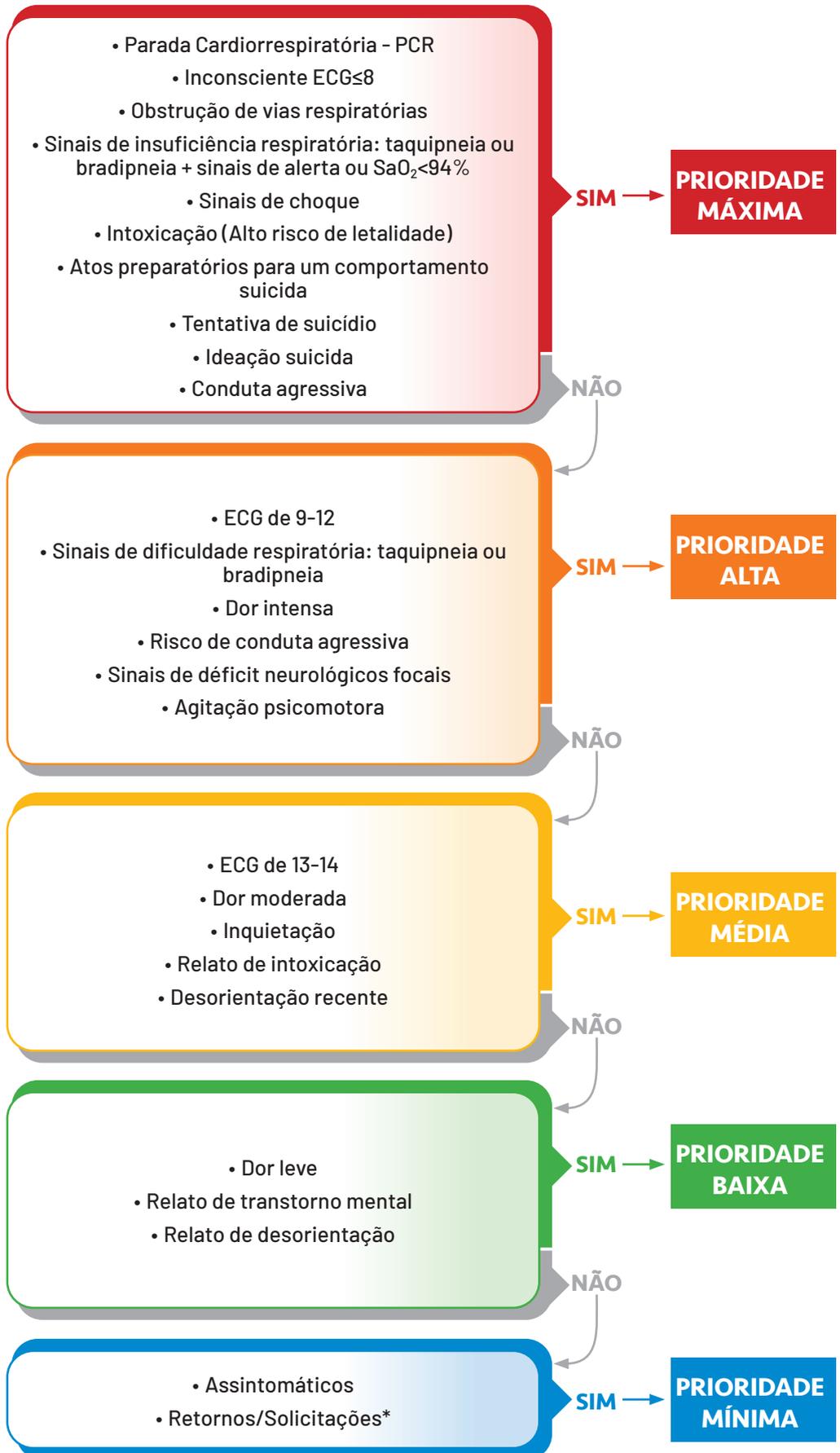
Pressão Arterial Normal

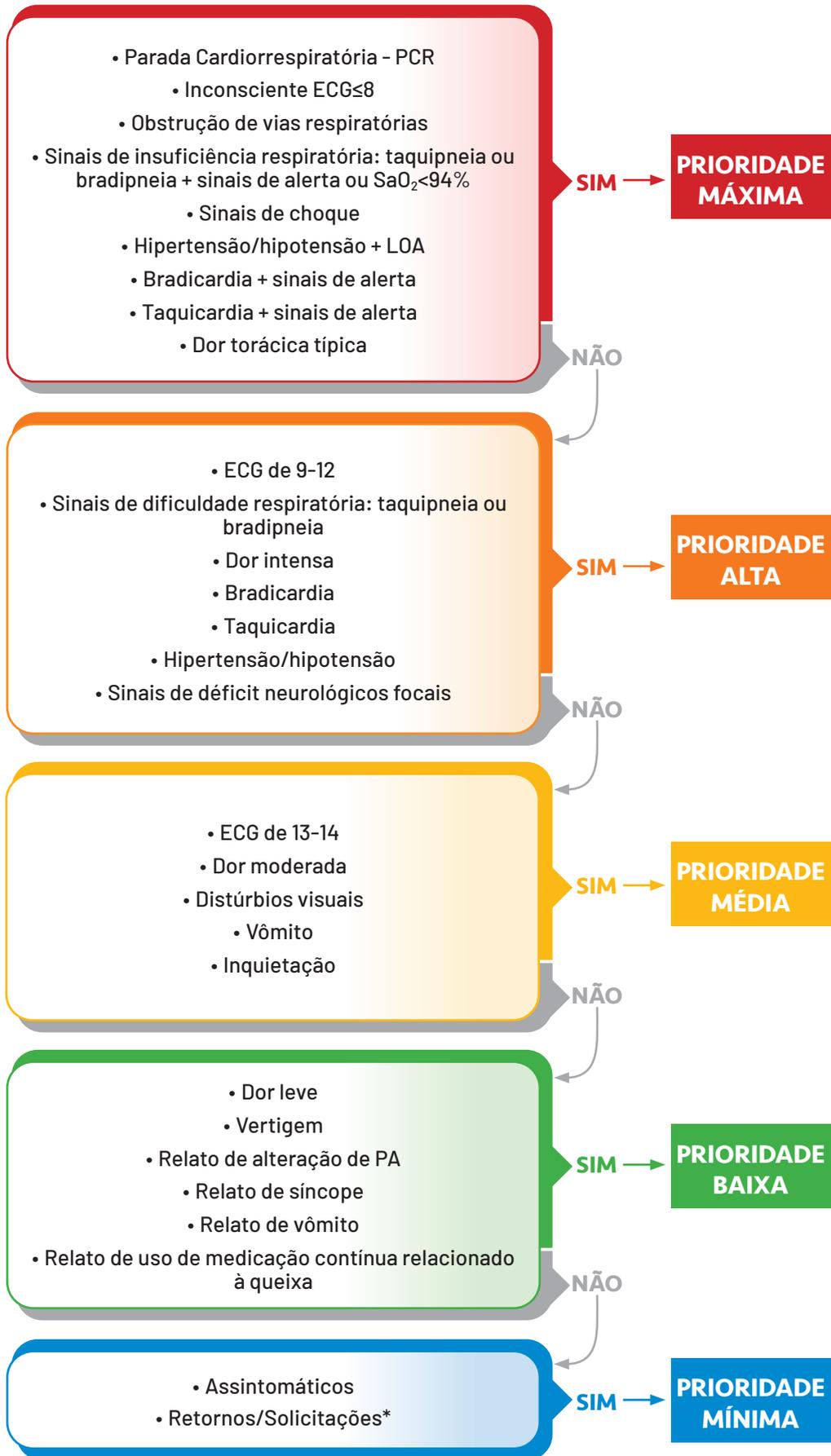
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

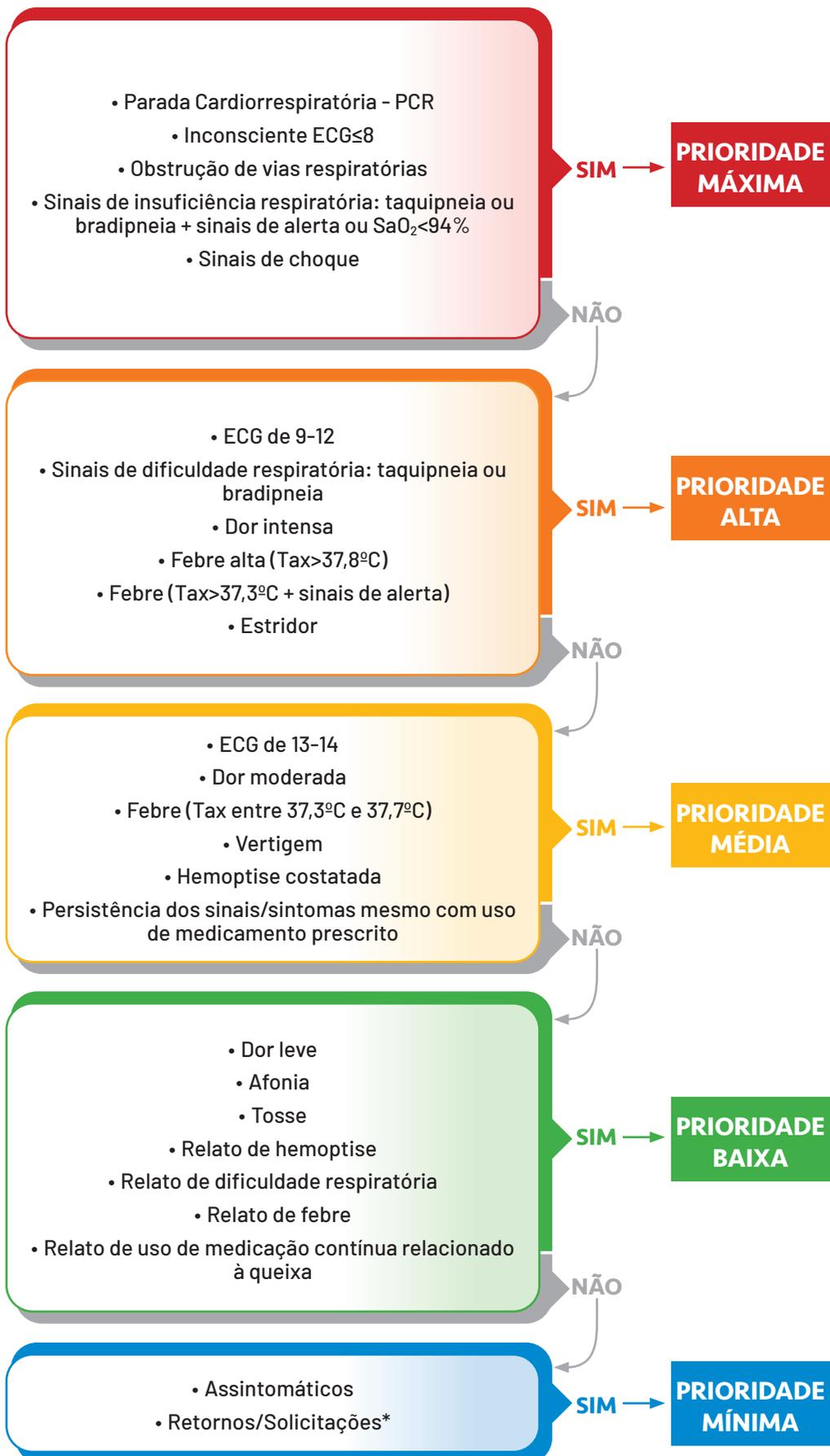
Pressão Arterial Normal

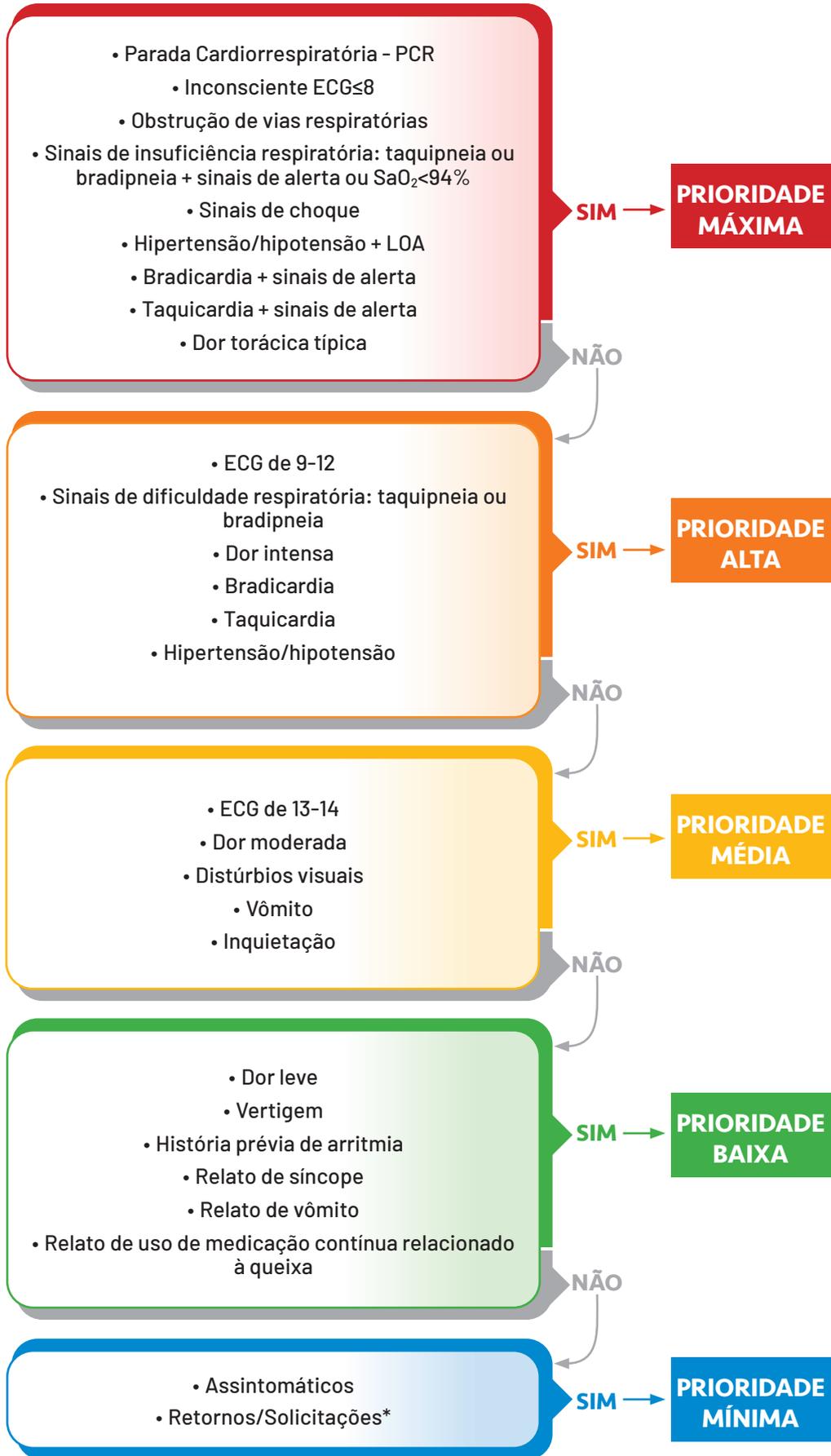
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

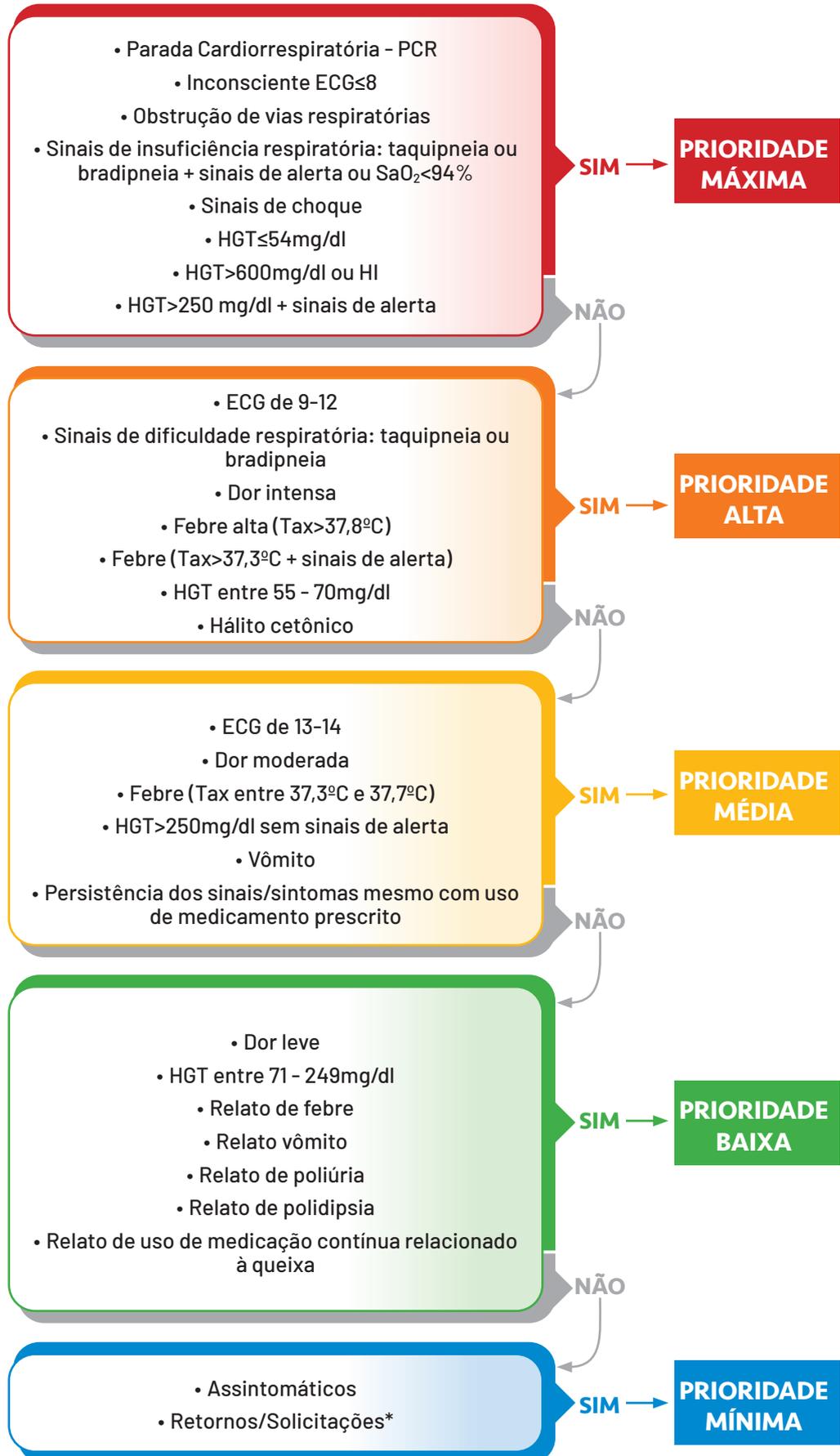
Pressão Arterial Normal

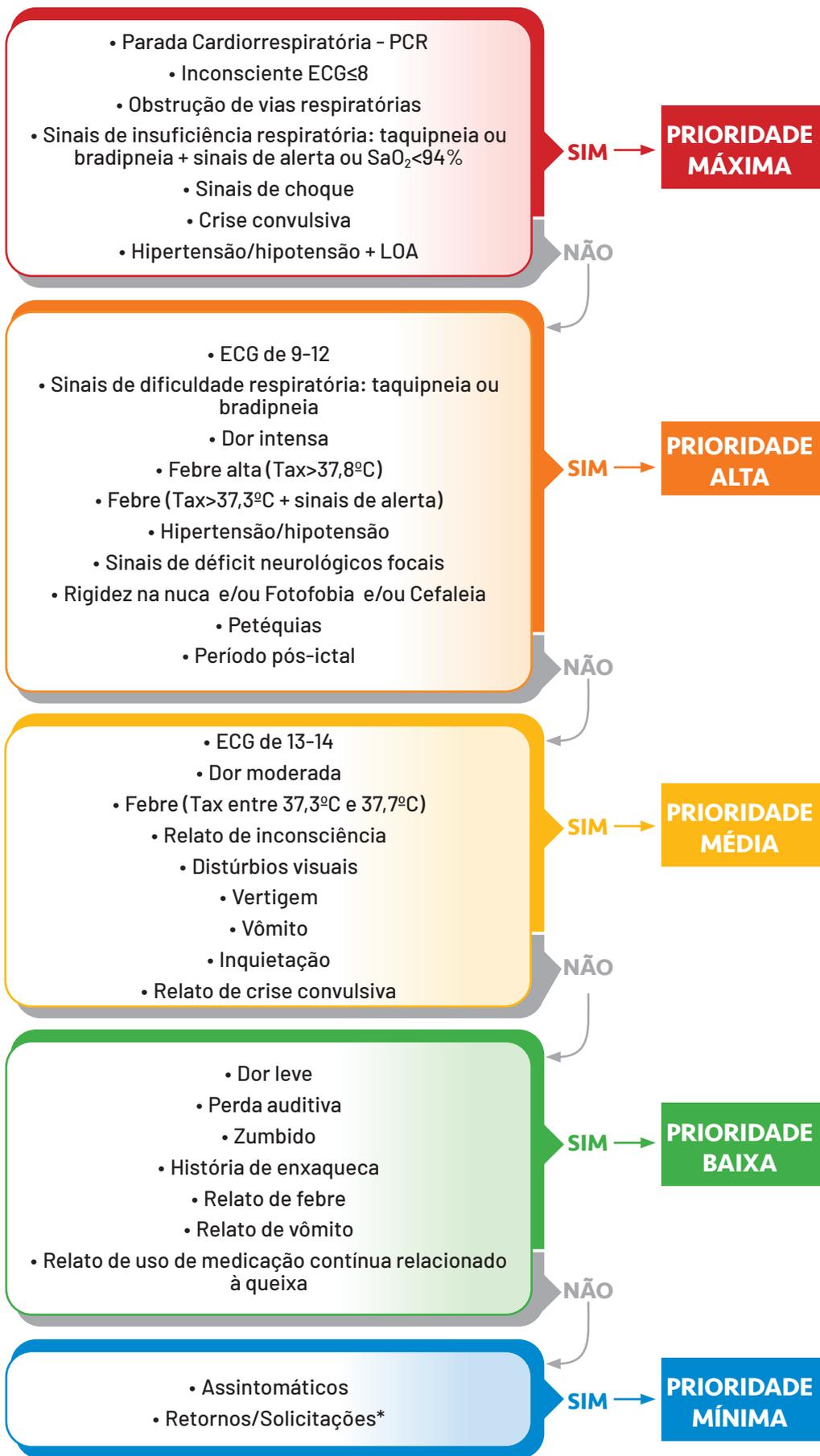
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
|-----|----|------------------|----|
| | | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

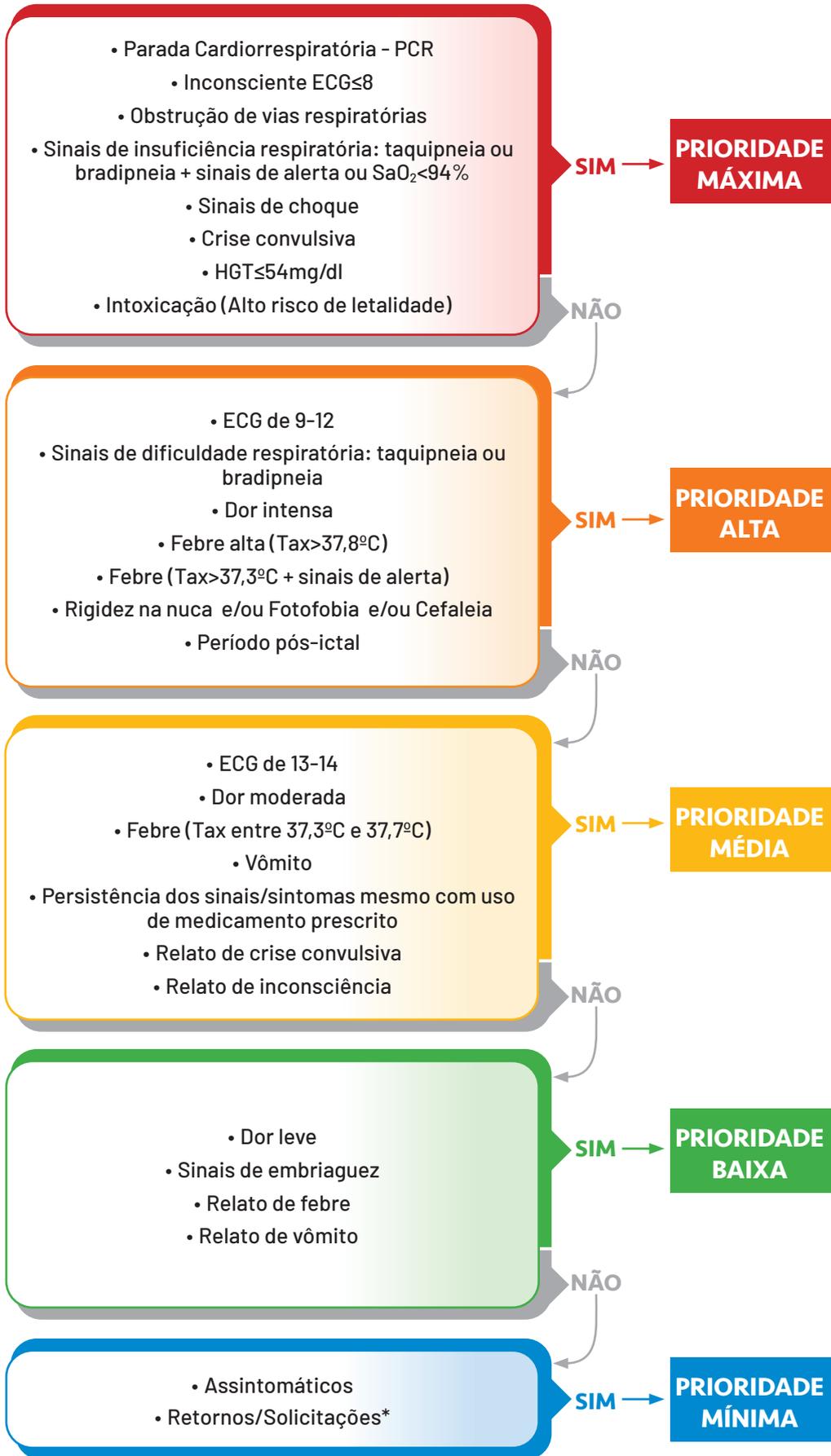
* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂<94%
 - Sinais de choque
- Comportamento autodestrutivo
 - Sangramento incontrolável
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
 - Tentativa de suicídio
 - Ideação suicida

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG ≤ 8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂ < 94%

- Sinais de choque
- HGT ≤ 54mg/dl
- HGT > 600mg/dl ou HI
- HGT > 250mg/dl + sinais de alerta

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax > 37,8°C)
- Febre (Tax > 37,3°C + sinais de alerta)
- Vômito (> 3 episódios na última hora)

- Hematêmese constatada
- Sangramento digestivo
- HGT > 250mg/dl
- Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia
- Hipotonia
- Sinais de desidratação

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,3°C e 37,7°C)
- Vômito
- História de sangramento digestivo
- História ou relato de hematêmese

- Distensão abdominal
- Massa abdominal visível
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Azia
- Constipação intestinal
- Relato de febre
- Relato de inapetência
- Relato de vômito

- Relato de diarreia
- Relato de constipação intestinal
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

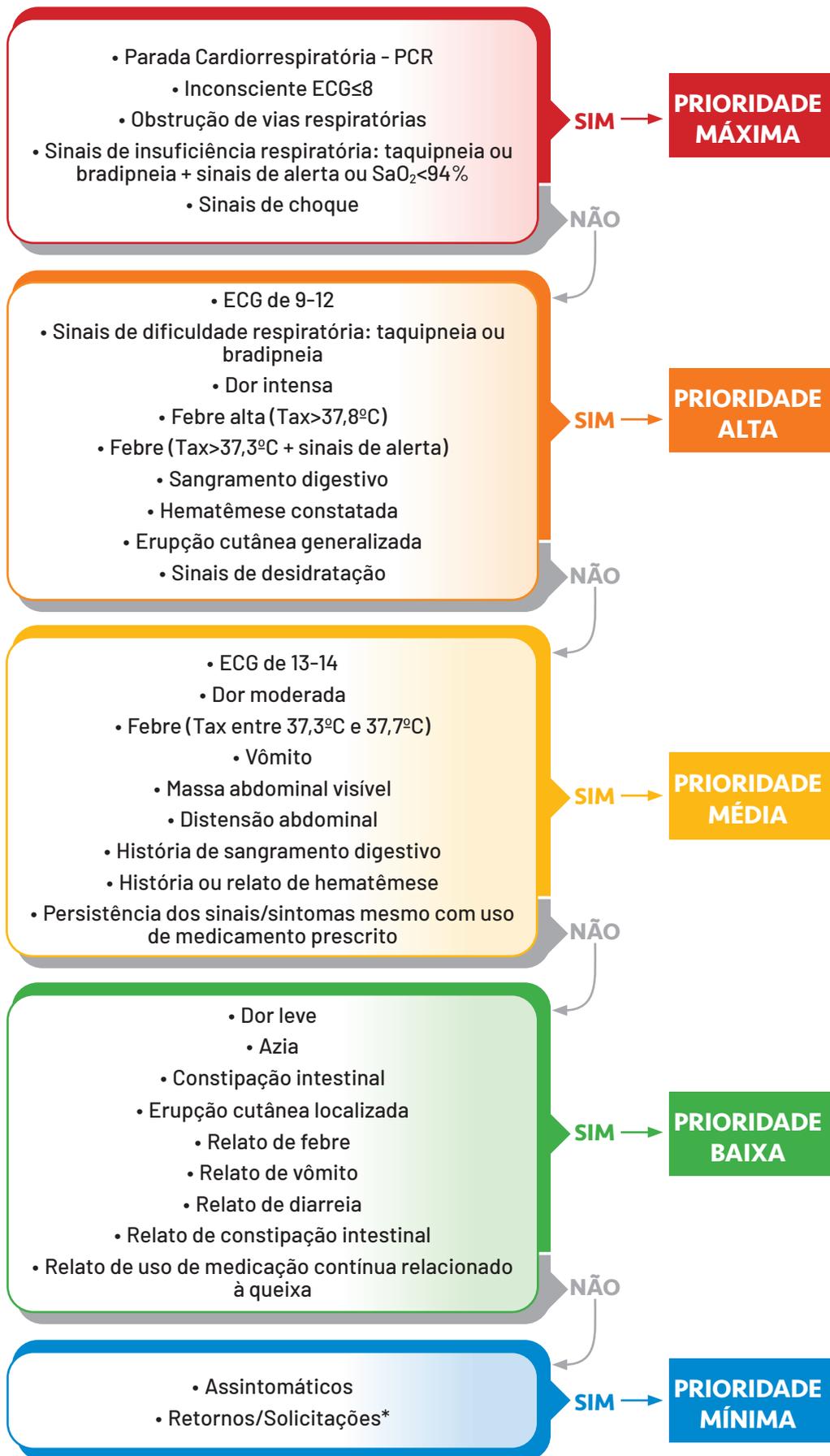
Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

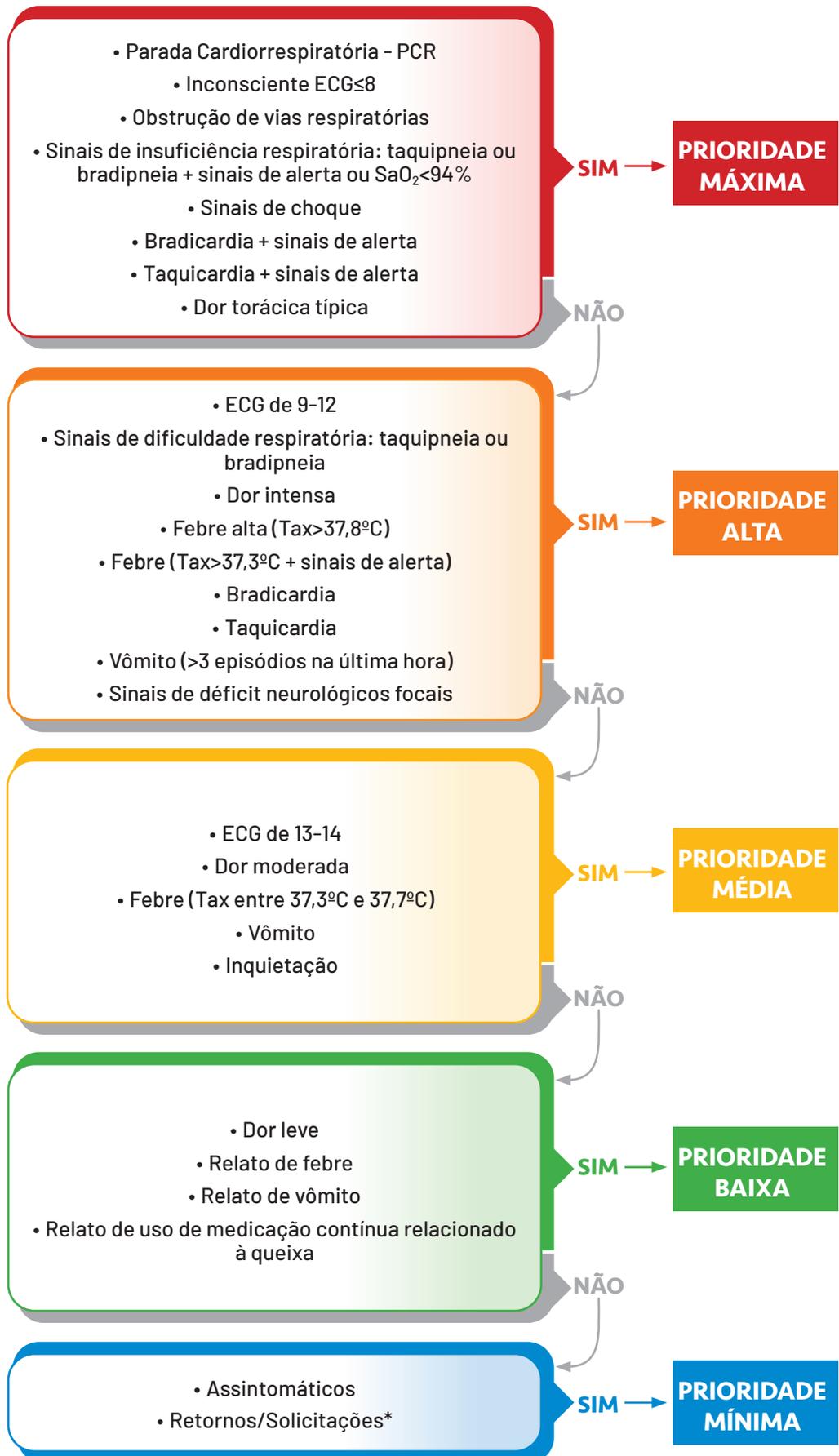
Pressão Arterial Normal

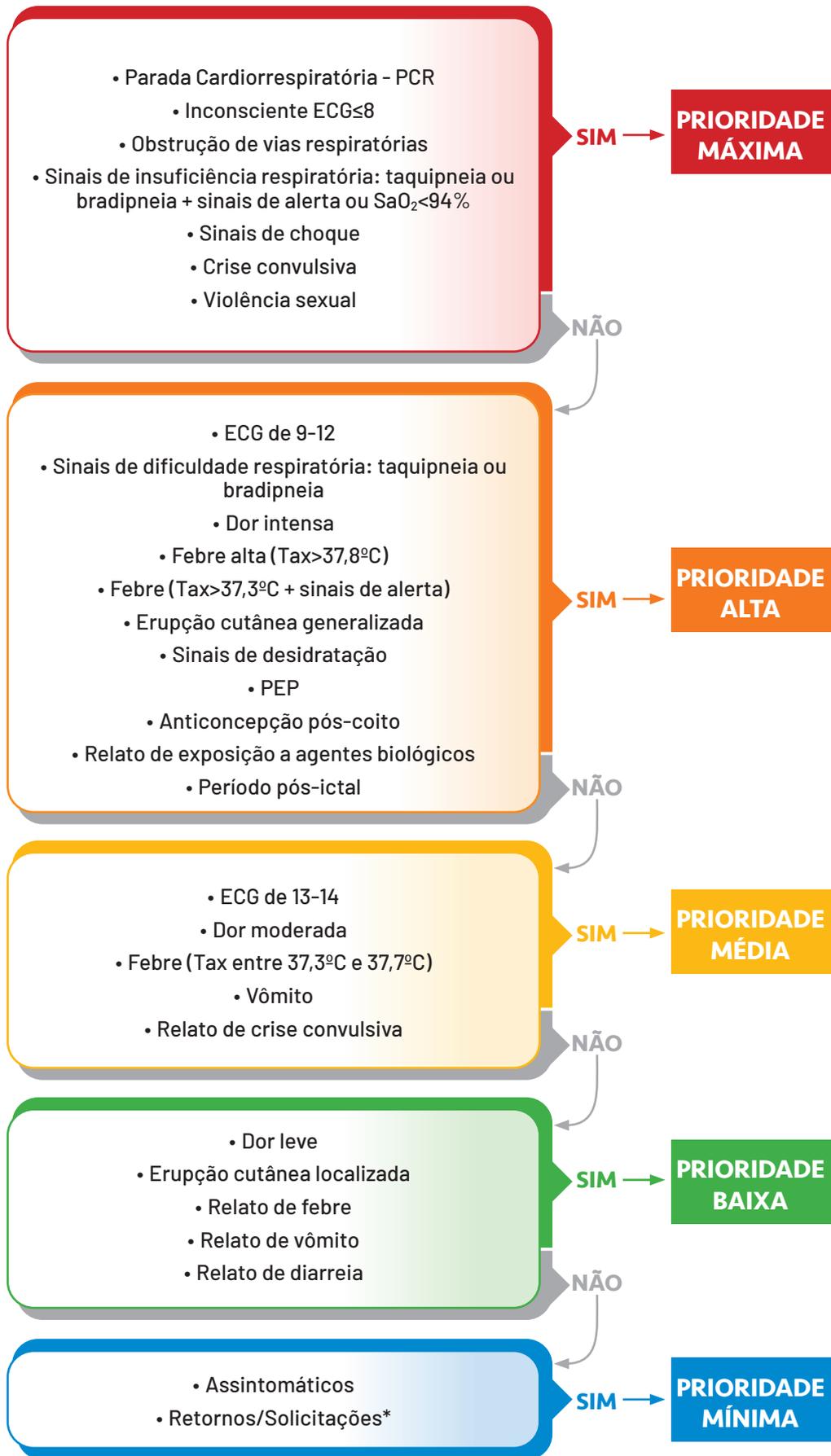
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|--|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|--|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

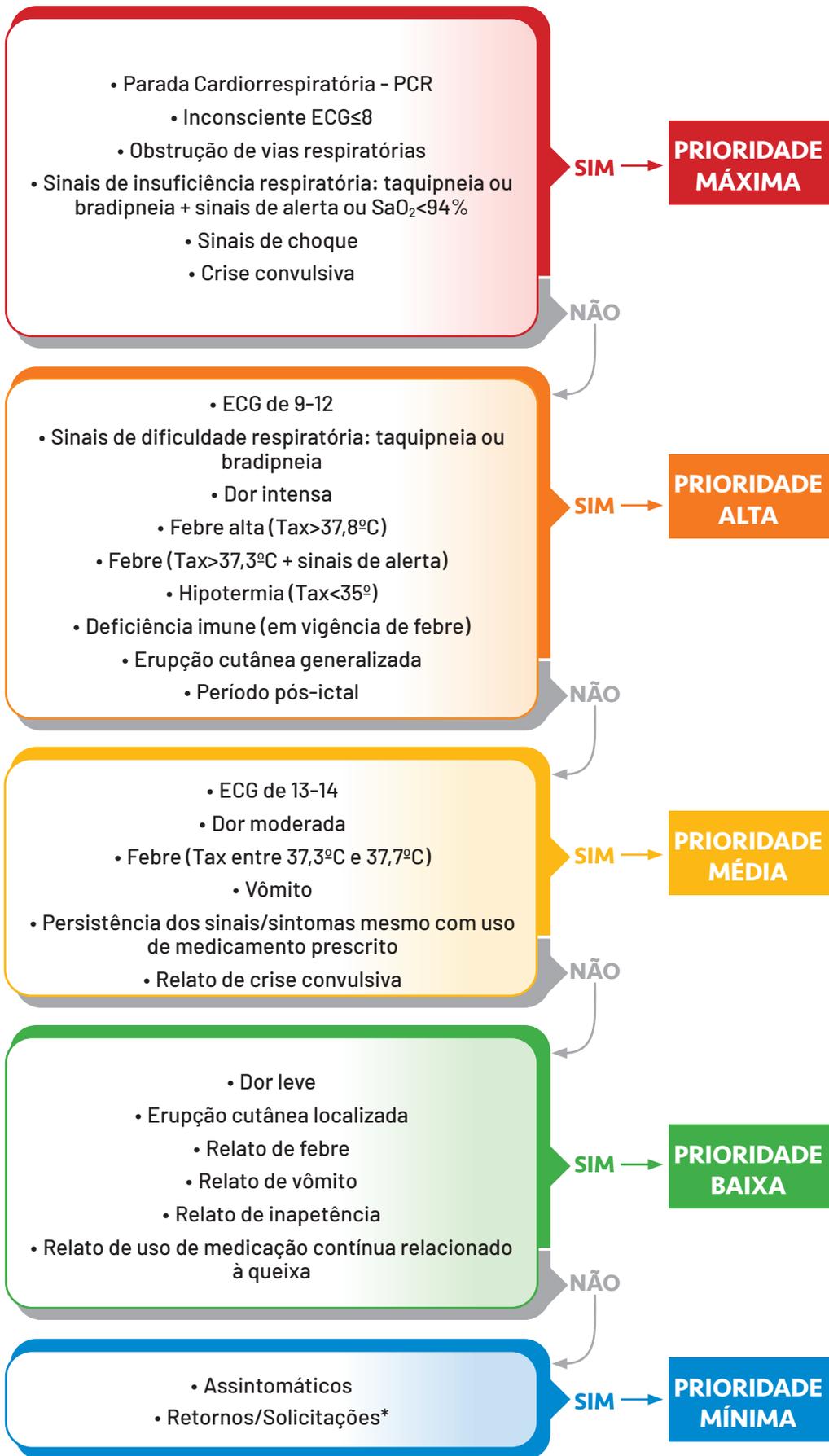
Pressão Arterial Normal

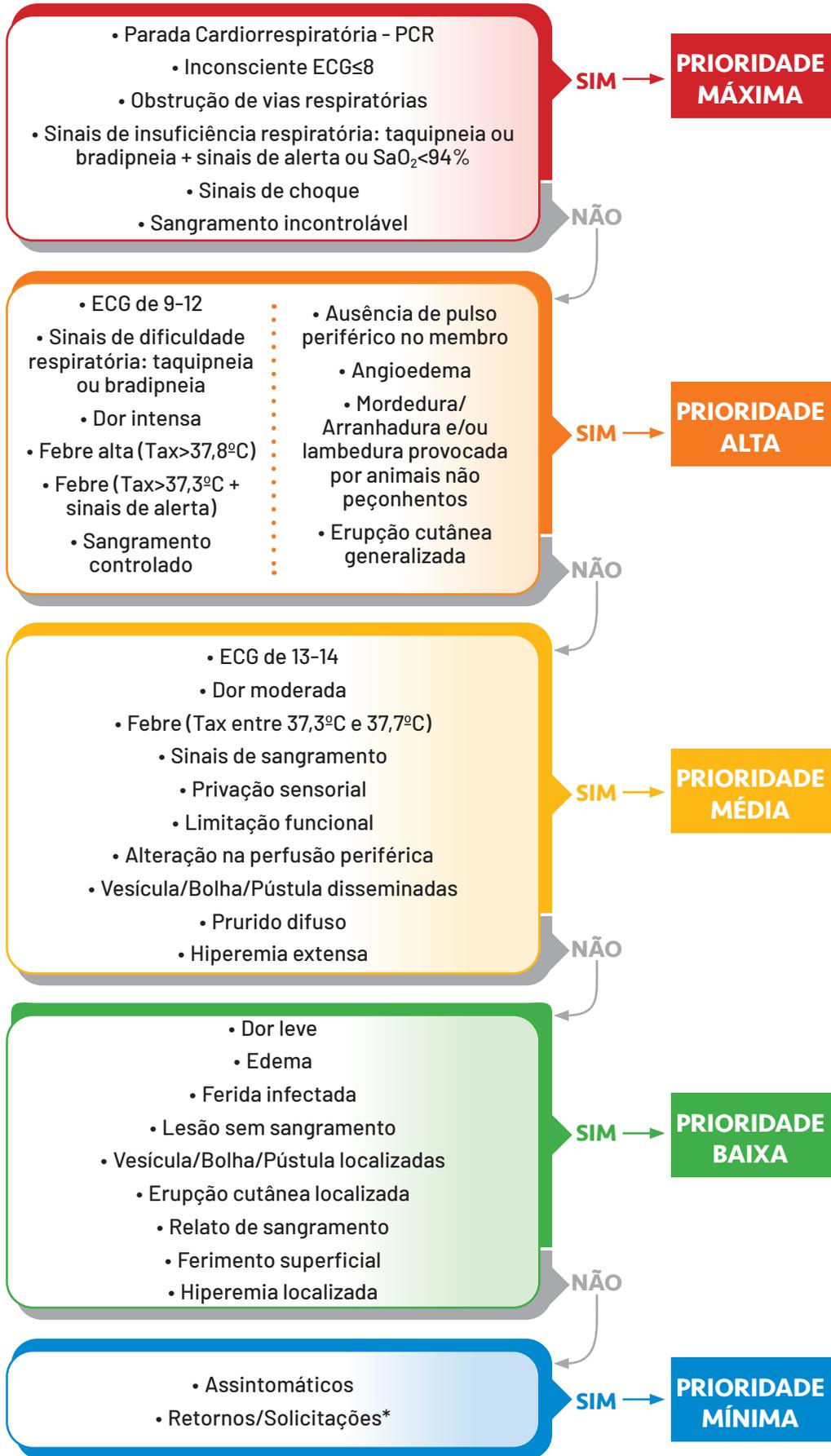
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|---------|--|
| ECG | FR | SaO_2 | |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO_2 na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|---|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR > 53 mvm ou FR < 30 mvm + sinais de alerta ou $SaO_2 < 94\%$ |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22 mvm + sinais de alerta ou $SaO_2 < 94\%$ |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20 mvm + sinais de alerta ou $SaO_2 < 94\%$ |
| 6 a 11 anos | FR > 25 mvm ou FR < 18 mvm + sinais de alerta ou $SaO_2 < 94\%$ |
| 12 a 15 anos | FR > 20 mvm ou FR < 12 mvm + sinais de alerta ou $SaO_2 < 94\%$ |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR > 53 mvm ou FR < 30 mvm |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22 mvm |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20 mvm |
| 6 a 11 anos | FR > 25 mvm ou FR < 18 mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20 mvm ou FR < 12 mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂<94%
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Sangramento incontrolável
- Violência sexual
- Parto em trânsito não assistido
- Exteriorização do cordão umbilical ou partes fetais
- Período expulsivo
- Hipertensão/ Hipotensão + LOA
- HGT≤54mg/dl
- HGT>600mg/dl ou HI
- HGT>250mg/dl + sinais de alerta

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>37,8°C)
- Febre (Tax>37,3°C + sinais de alerta)
- Hipertensão/ hipotensão
- Sangramento controlado
- Sangramento genital de qualquer intensidade com IG >22 semanas
- Trabalho de parto
- Hiperêmese gravídica
- Vítima de agressão
- Estridor
- HGT entre 55 -70mg/dl
- Período pós-ictal
- Retenção urinária
- Relato de perda de líquido amniótico meconial
- Relato de ausência de movimentos fetais nas últimas 12h

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,3°C e 37,7°C)
- Sinais de sangramento
- Êmese gravídica
- Ferida infectada
- Prurido difuso
- Mastite
- Hiperemia extensa
- Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha
- Relato de perda de líquido (bolsa rota)
- Relato de crise convulsiva
- Relato de diminuição dos movimentos fetais nas últimas 24h

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Idade gestacional >41 semanas
- Lesão/Verruga anogenital
- Disúria/polaciúria
- Relato de sangramento
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

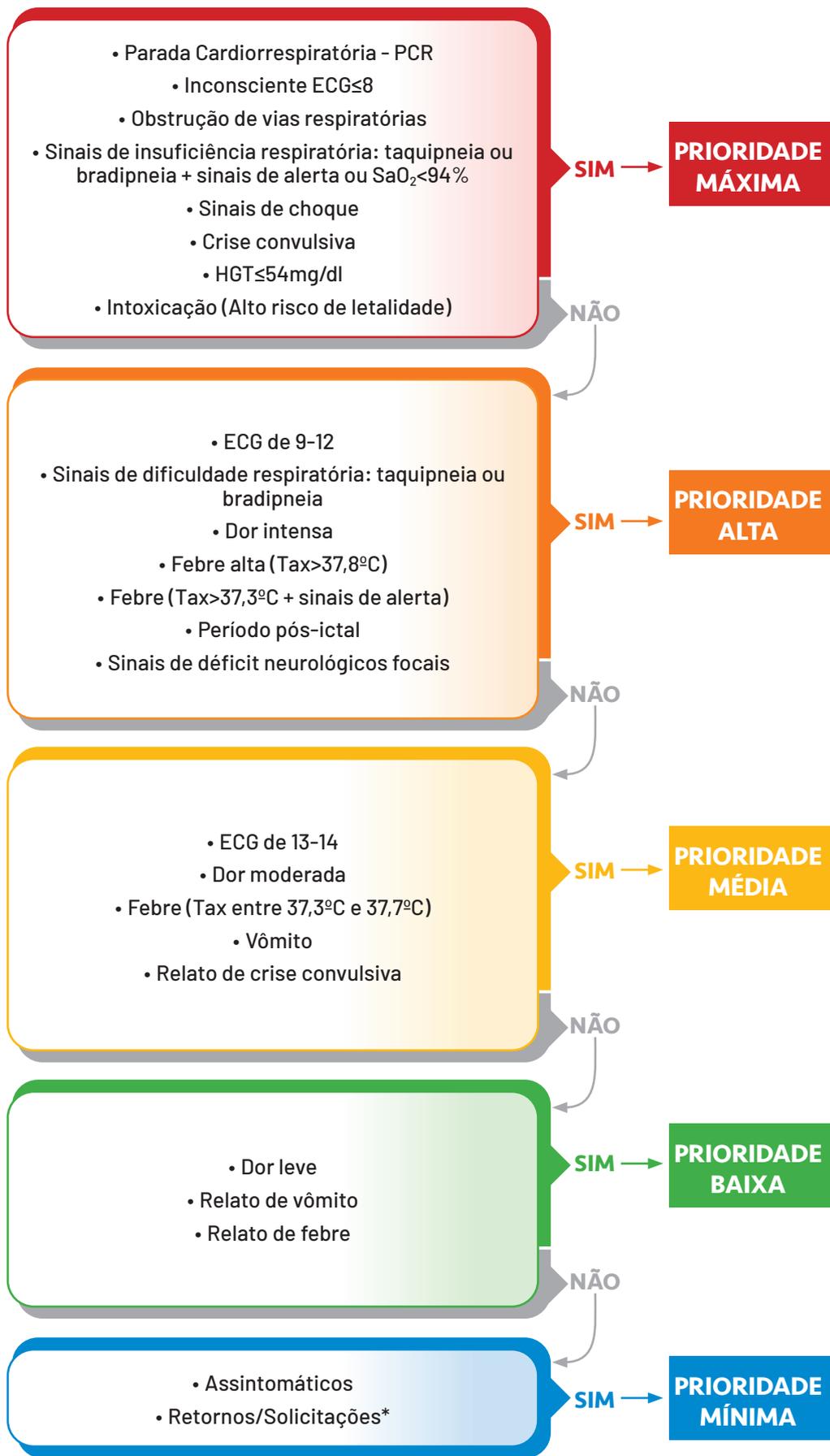
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|---|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|-------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm |

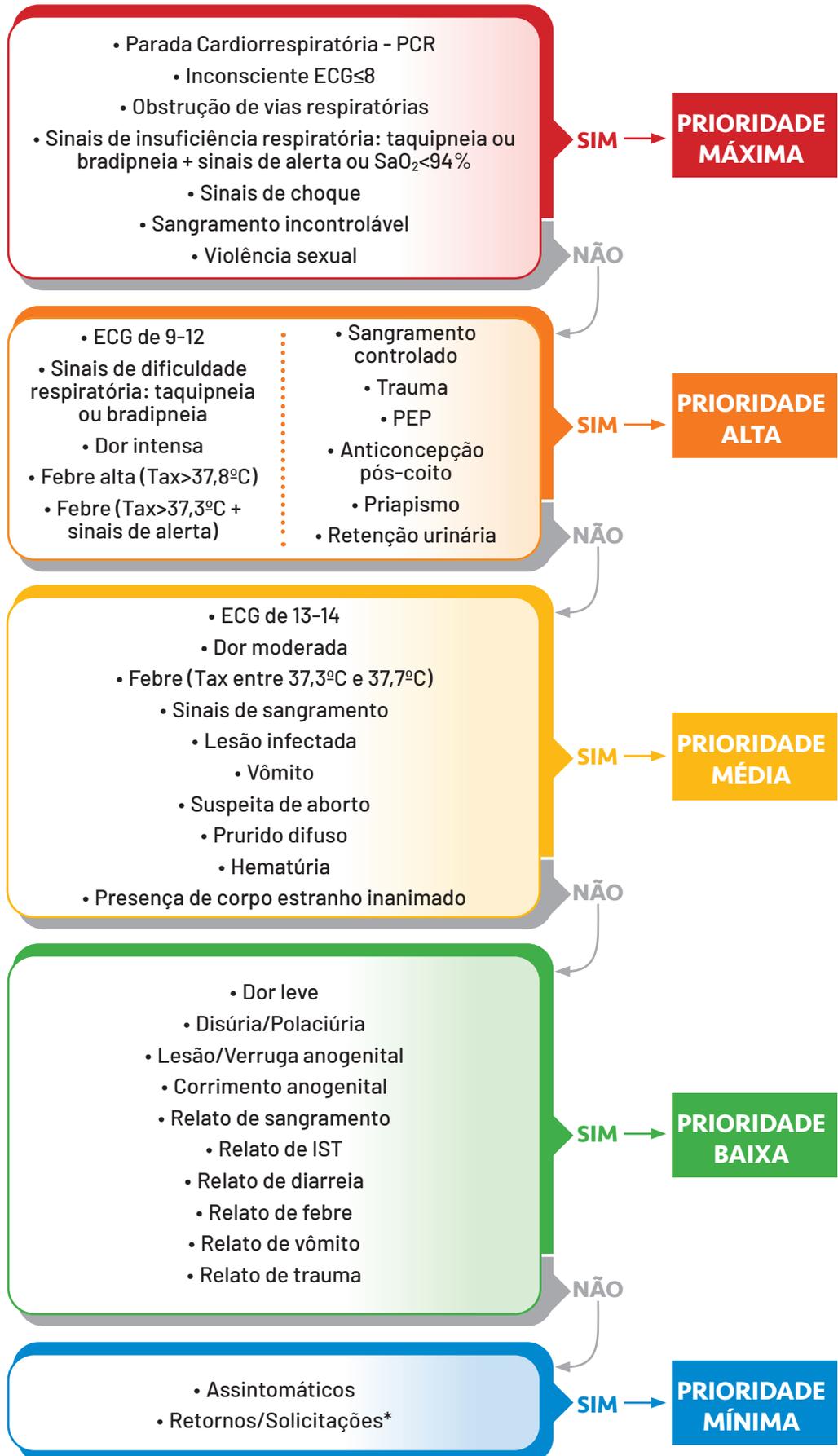
Pressão Arterial Normal

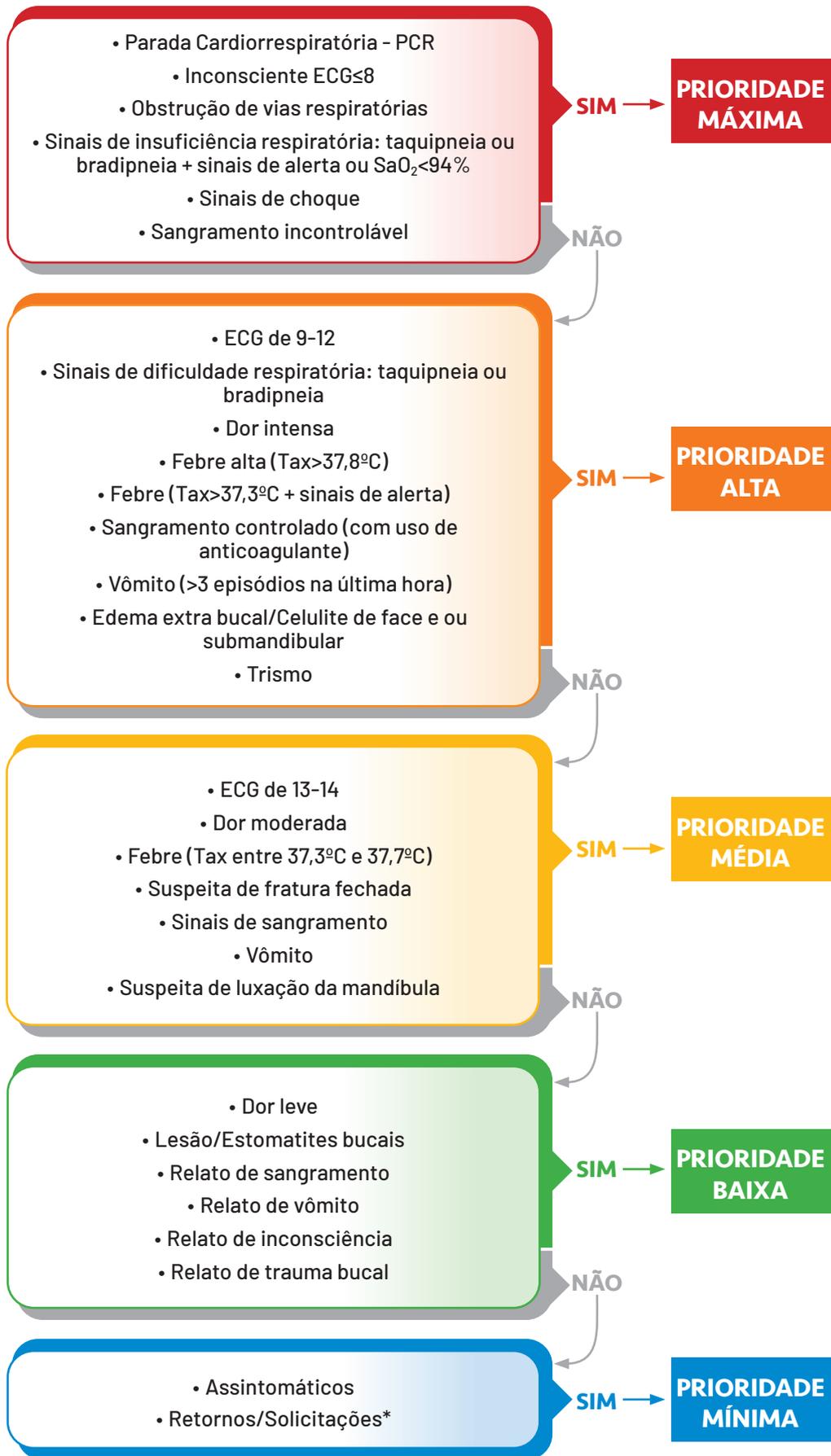
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h<3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|---|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|-------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm |

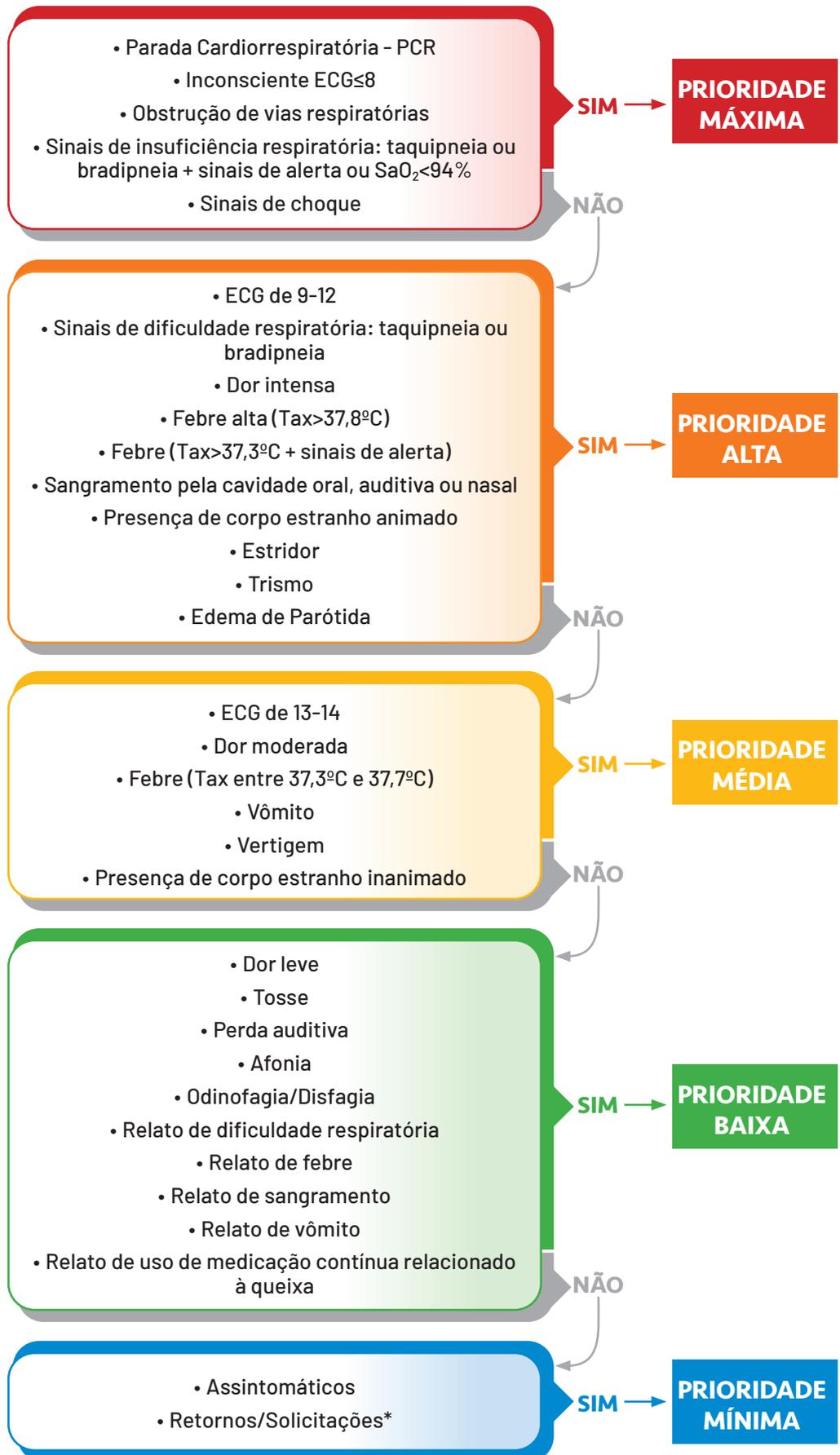
Pressão Arterial Normal

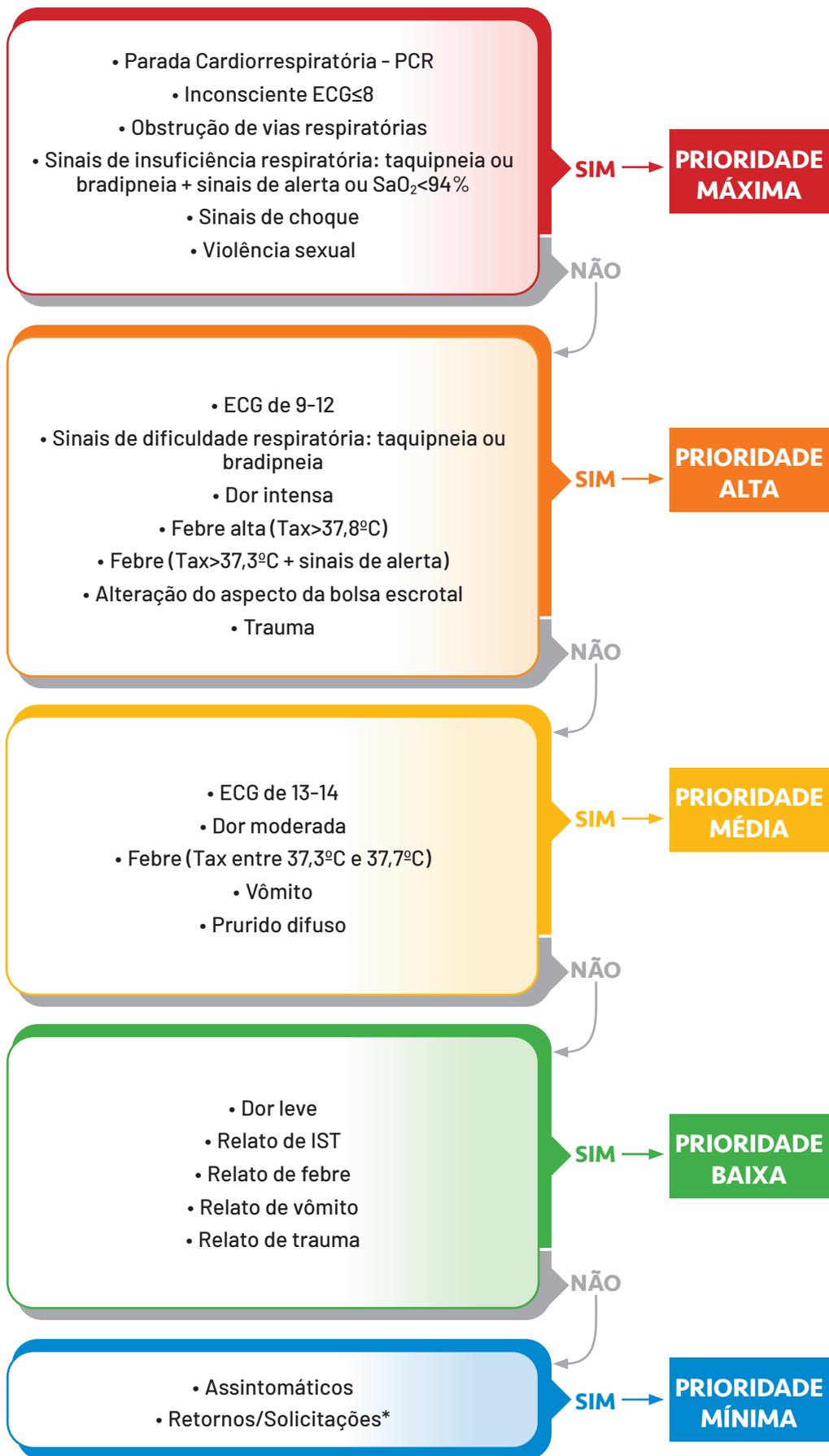
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h <1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h <3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

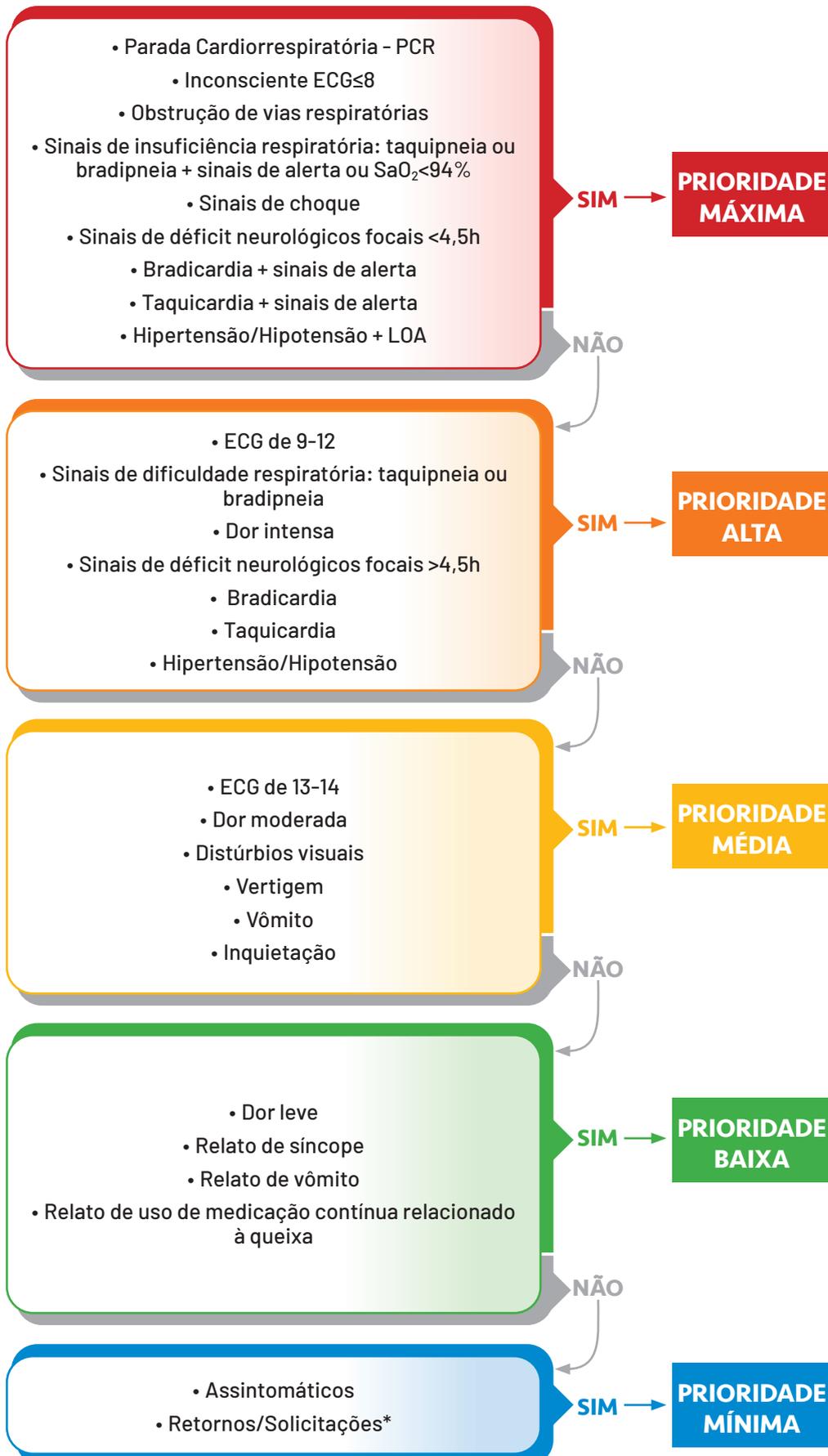
Pressão Arterial Normal

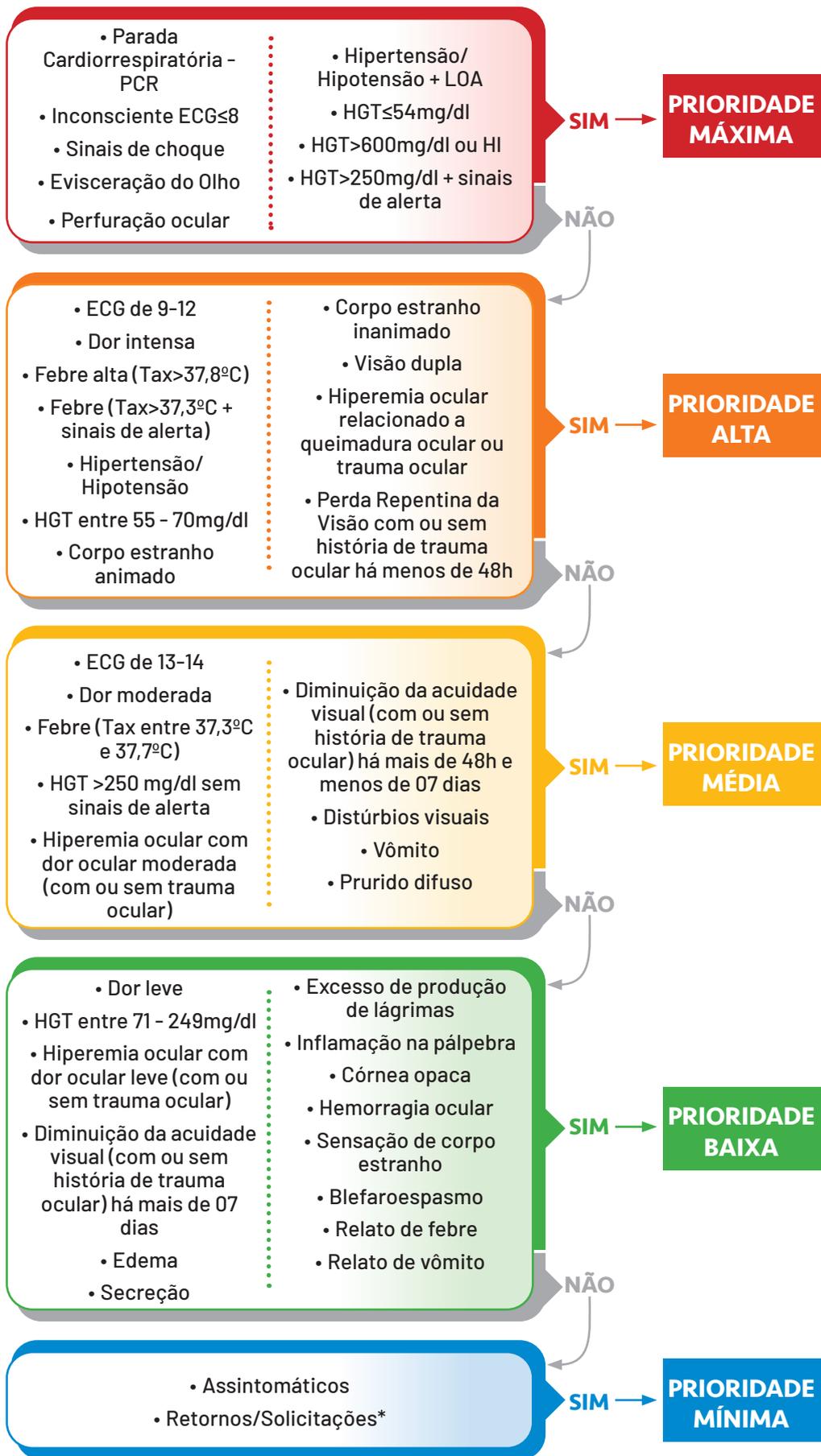
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR $>$ 53mvm ou FR $<$ 30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ $<$ 94% |
| 1 a 2 anos | FR $>$ 37 mvm ou FR $<$ 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ $<$ 94% |
| 3 a 5 anos | FR $>$ 28 mvm ou FR $<$ 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ $<$ 94% |
| 6 a 11 anos | FR $>$ 25mvm ou FR $<$ 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ $<$ 94% |
| 12 a 15 anos | FR $>$ 20mvm ou FR $<$ 12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ $<$ 94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR $>$ 53mvm ou FR $<$ 30mvm |
| 1 a 2 anos | FR $>$ 37 mvm ou FR $<$ 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR $>$ 28 mvm ou FR $<$ 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR $>$ 25mvm ou FR $<$ 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR $>$ 20mvm ou FR $<$ 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h $<$ 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h $<$ 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

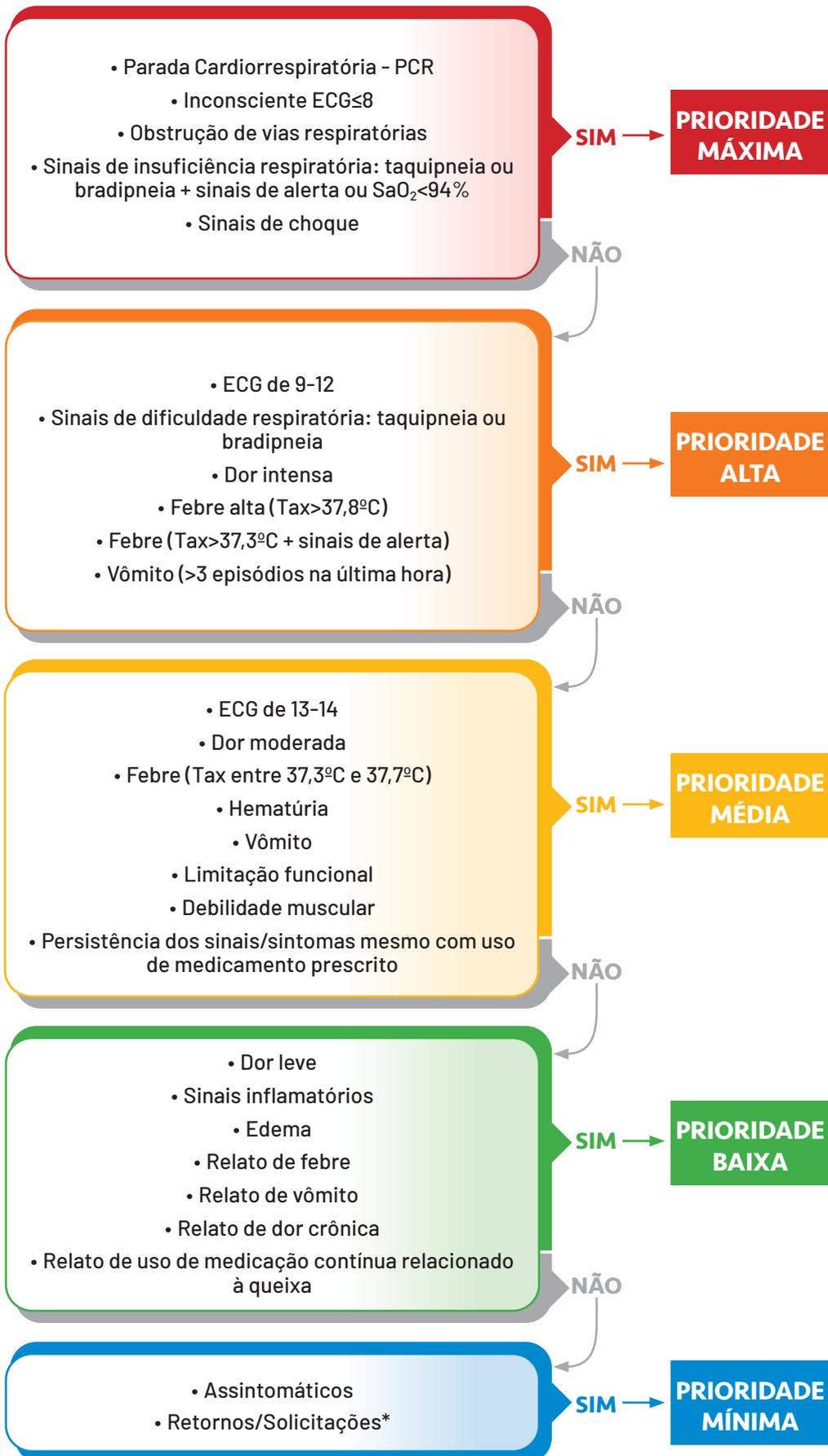
Pressão Arterial Normal

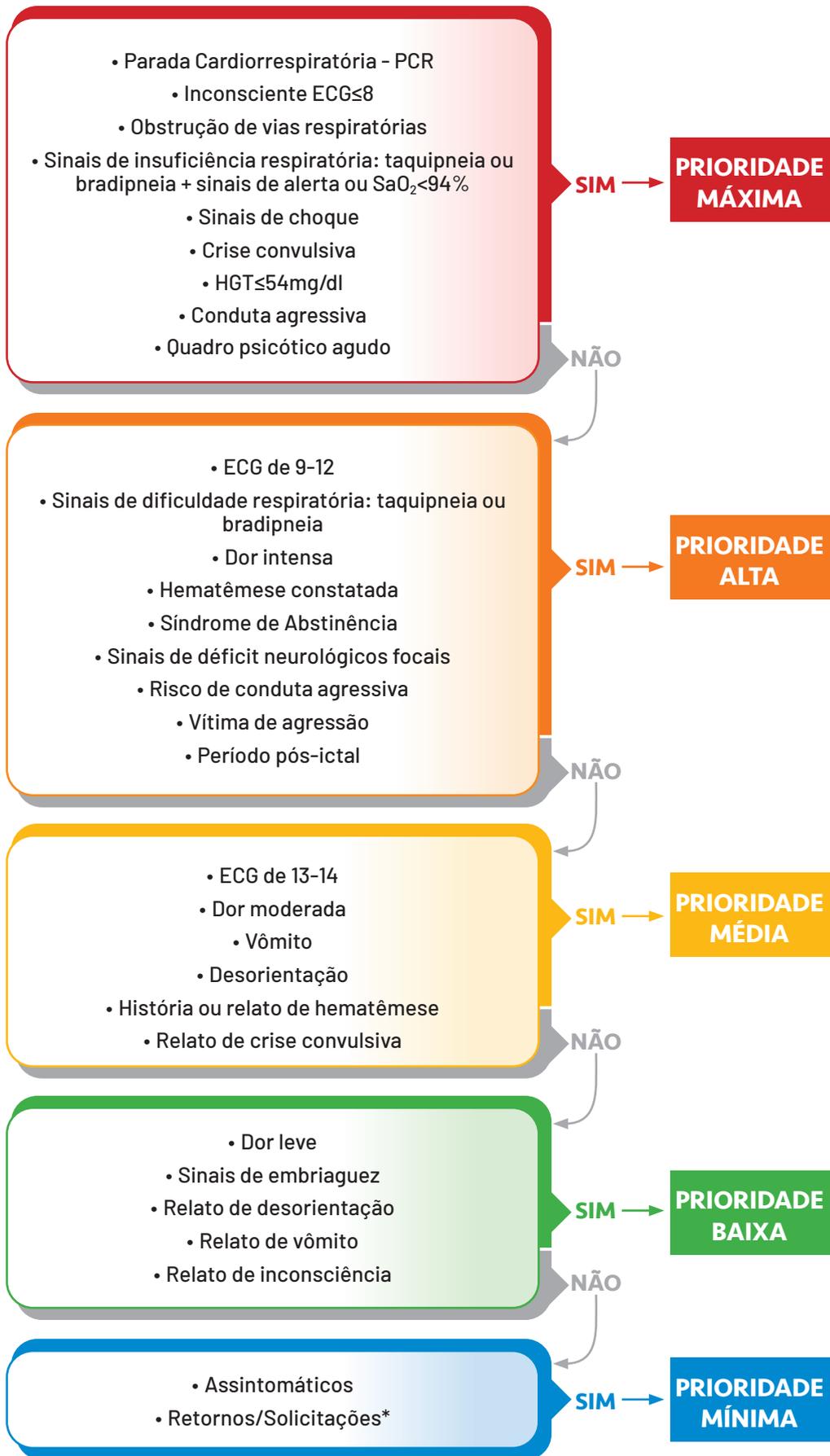
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





Problemas Vasculares e de Extremidades

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

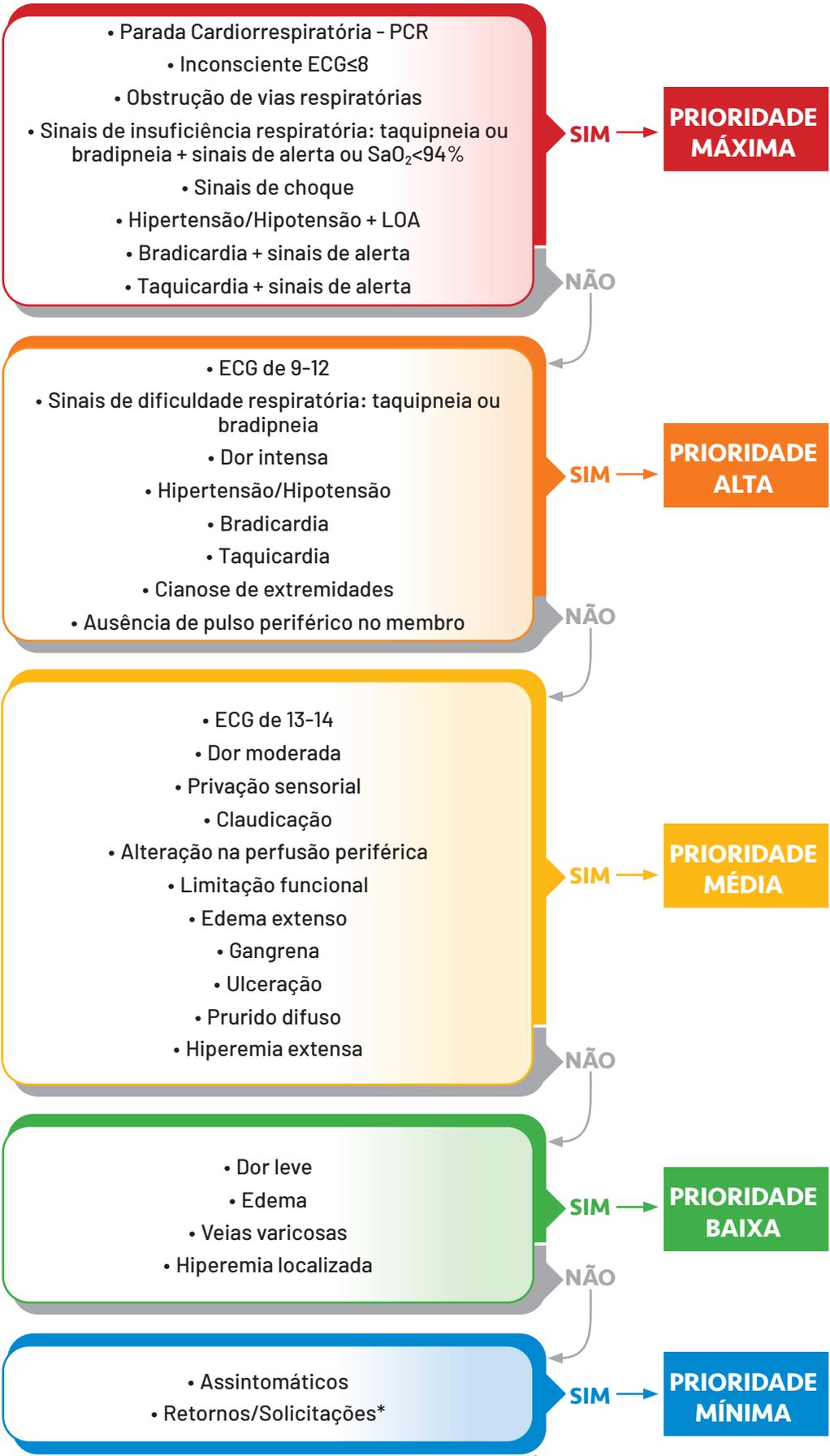
Pressão Arterial Normal

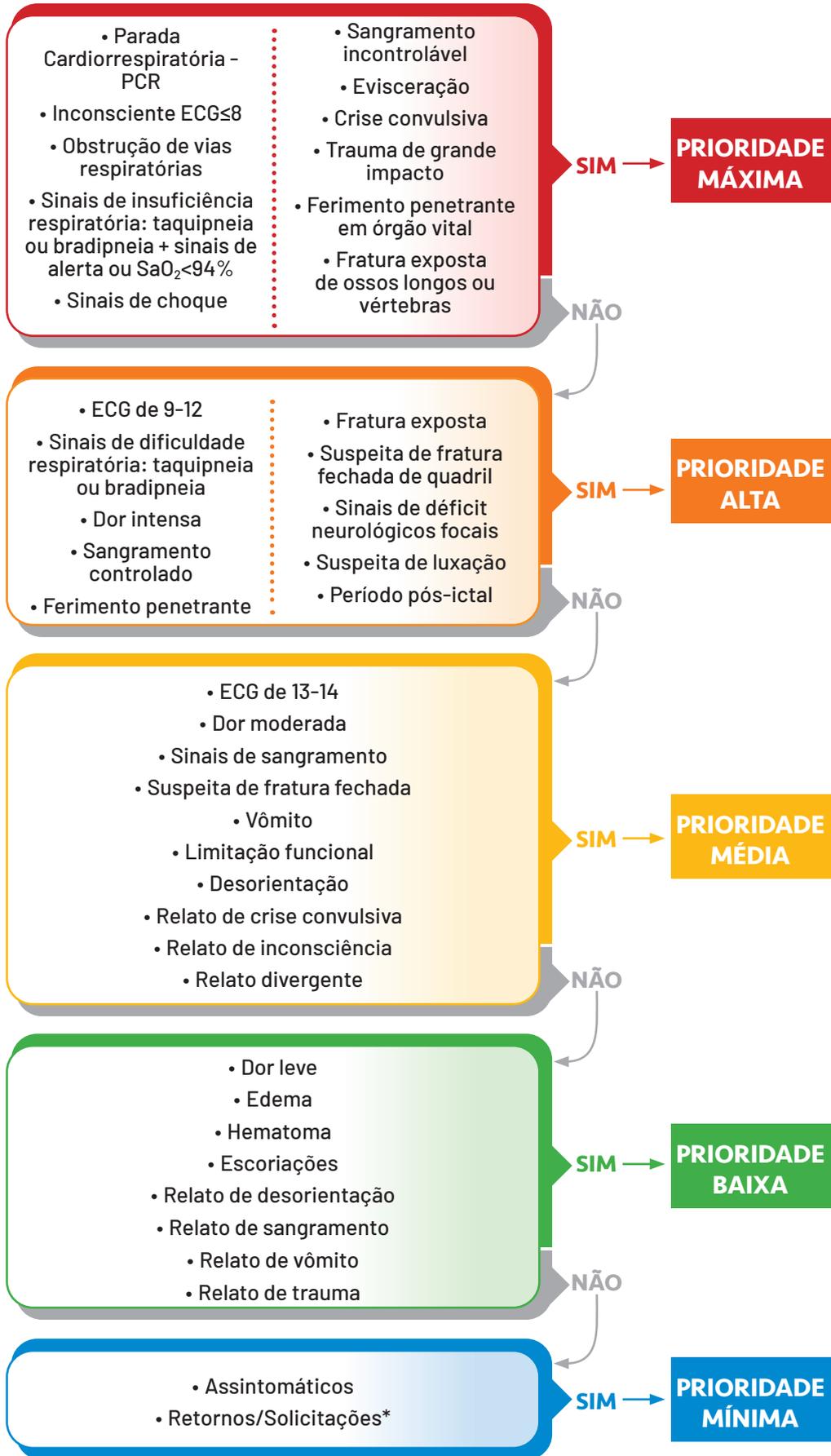
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR > 53mvm ou FR < 30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 6 a 11 anos | FR > 25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ < 94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR > 53mvm ou FR < 30mvm |
| 1 a 2 anos | FR > 37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR > 28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR > 25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂<94%
- Sinais de choque

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Ausência de dor
- Febre alta (Tax>37,8°C)
- Febre (Tax>37,3°C + sinais de alerta)
- Angioedema
- Trauma de grande impacto
- Suspeita de lesão por inalação de fumaça
- Queimadura elétrica/ choque elétrico
- Queimadura solar com sinais de desidratação
- Queimaduras por agentes químicos
- Queimadura facial e/ou pescoço e/ou mãos e/ou pés e/ou mamas e/ou genitálias e/ou grandes articulações
- Superfície corporal queimada > que 10%
- Estridor
- Vítima de agressão

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,3°C e 37,7°C)
- Queimadura solar
- Vesícula/Bolha/Pústula

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Ferida infectada
- Lesão sem sangramento

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

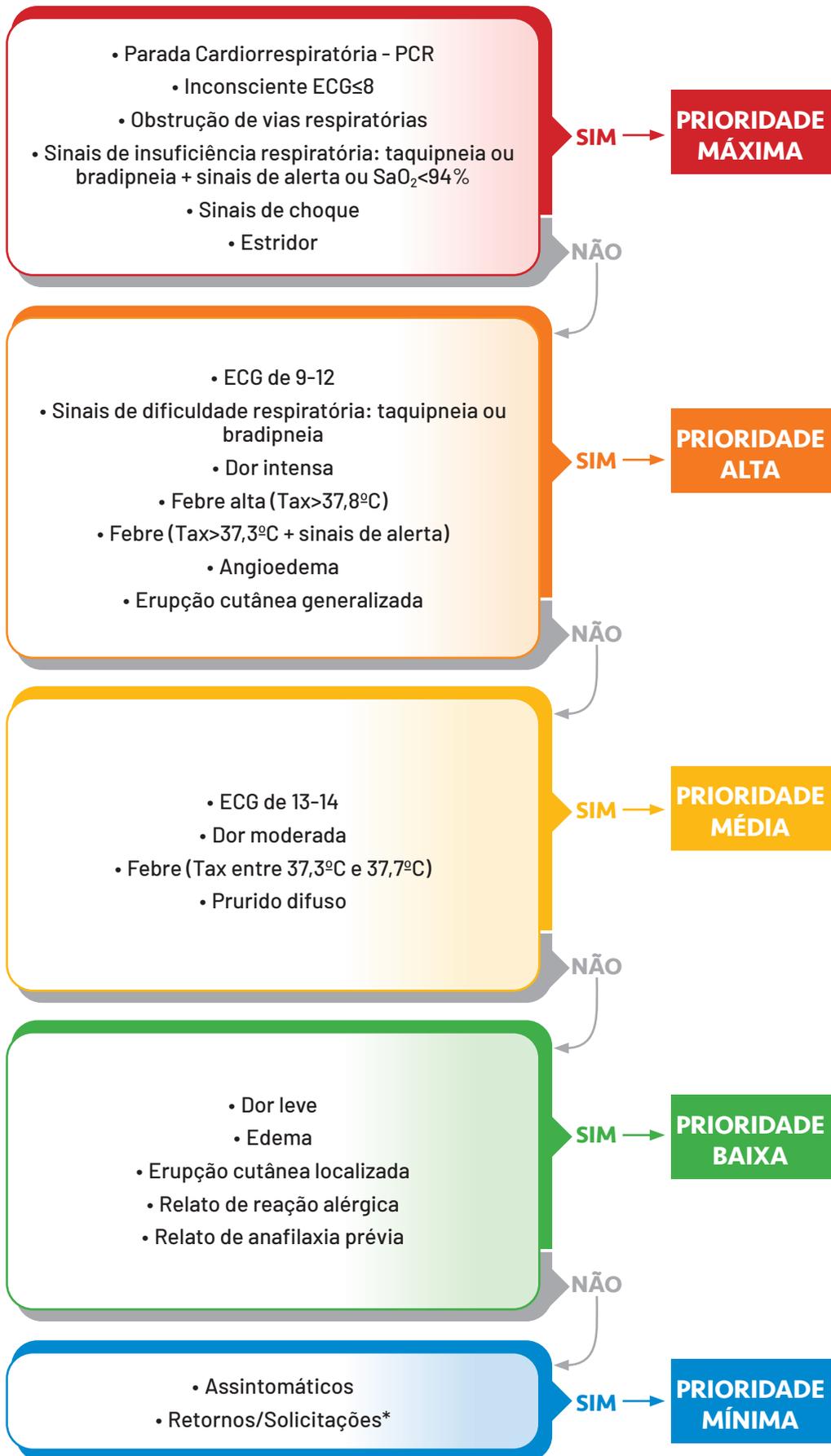
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|-----|
| ECG | FR | SaO ₂ | |
| Dor | Tax | FC | HGT |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia
- ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂<94%
- Sinais de choque
- HGT< 54mg/dl
- Sangramento incontrolável
- Moteamento

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>37,8°C)
- Febre (Tax>37,3°C + sinais de alerta)
- Sangramento controlado
- FR>60 OU FR<30mvm
- SO₂<93%
- Angioedema
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- HGT>250mg/dl
- HGT de 55 a 70mg/dl
- Estridor
- Recém-nascido <28 dias
- Erupção cutânea generalizada
- Icterícia
- Relato de inapetência no RN

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,3°C e 37,7°C)
- Sinais de sangramento
- Vômito
- Vesícula/Bolha/Pústula
- Infecção no ouvido
- Infecção no umbigo com eritema que se estende para pele ao redor
- Prurido difuso
- Tosse persistente

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Infecção em olhos
- Infecção e/ou eritema sem estender-se para pele ao redor
- Tosse
- Erupção cutânea localizada
- Monilíase
- Relato de sangramento
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

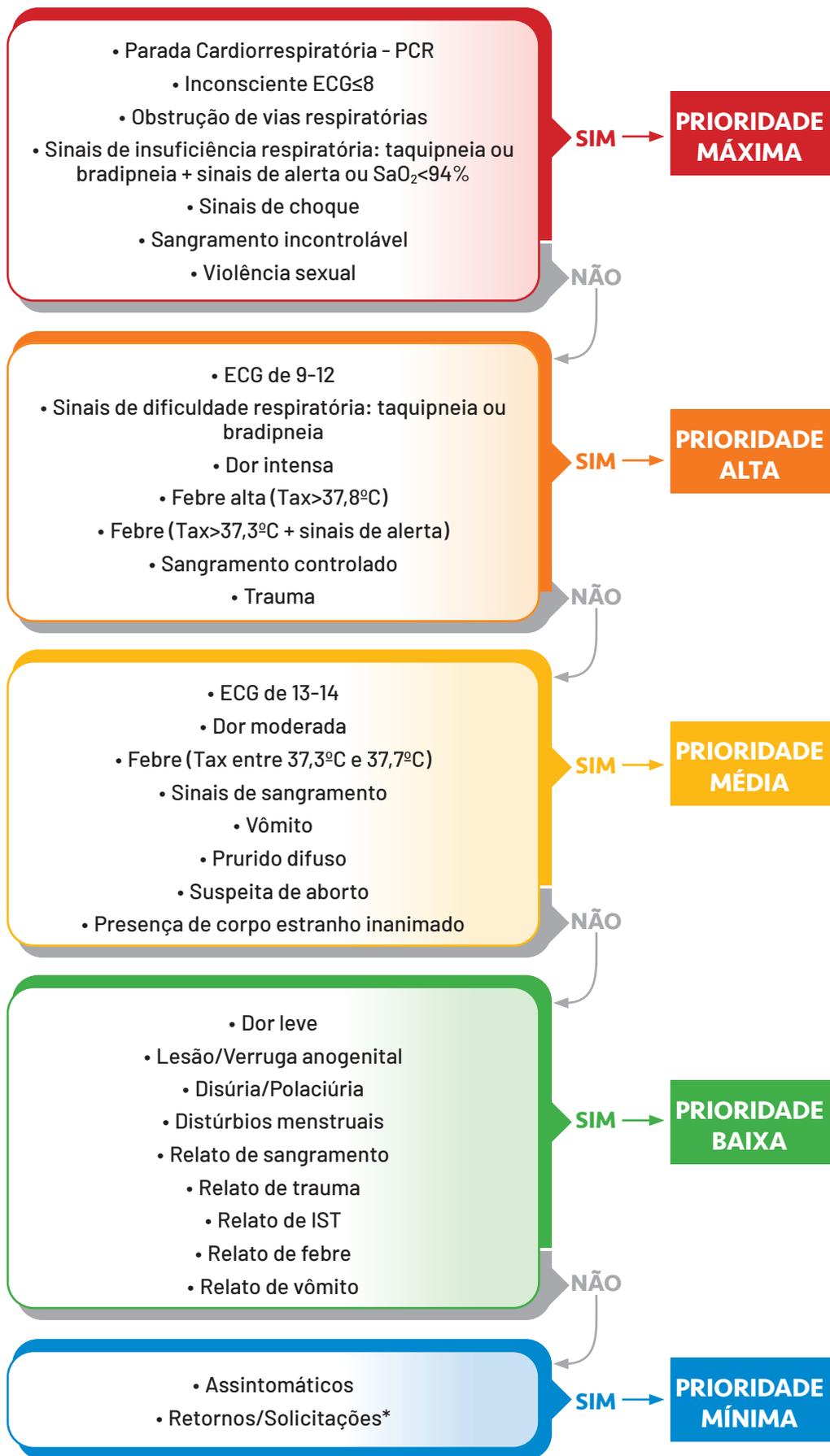
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|---|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|-------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR <22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR <20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR <18mvm |
| 12 a 15 anos | FR >20mvm ou FR <12mvm |

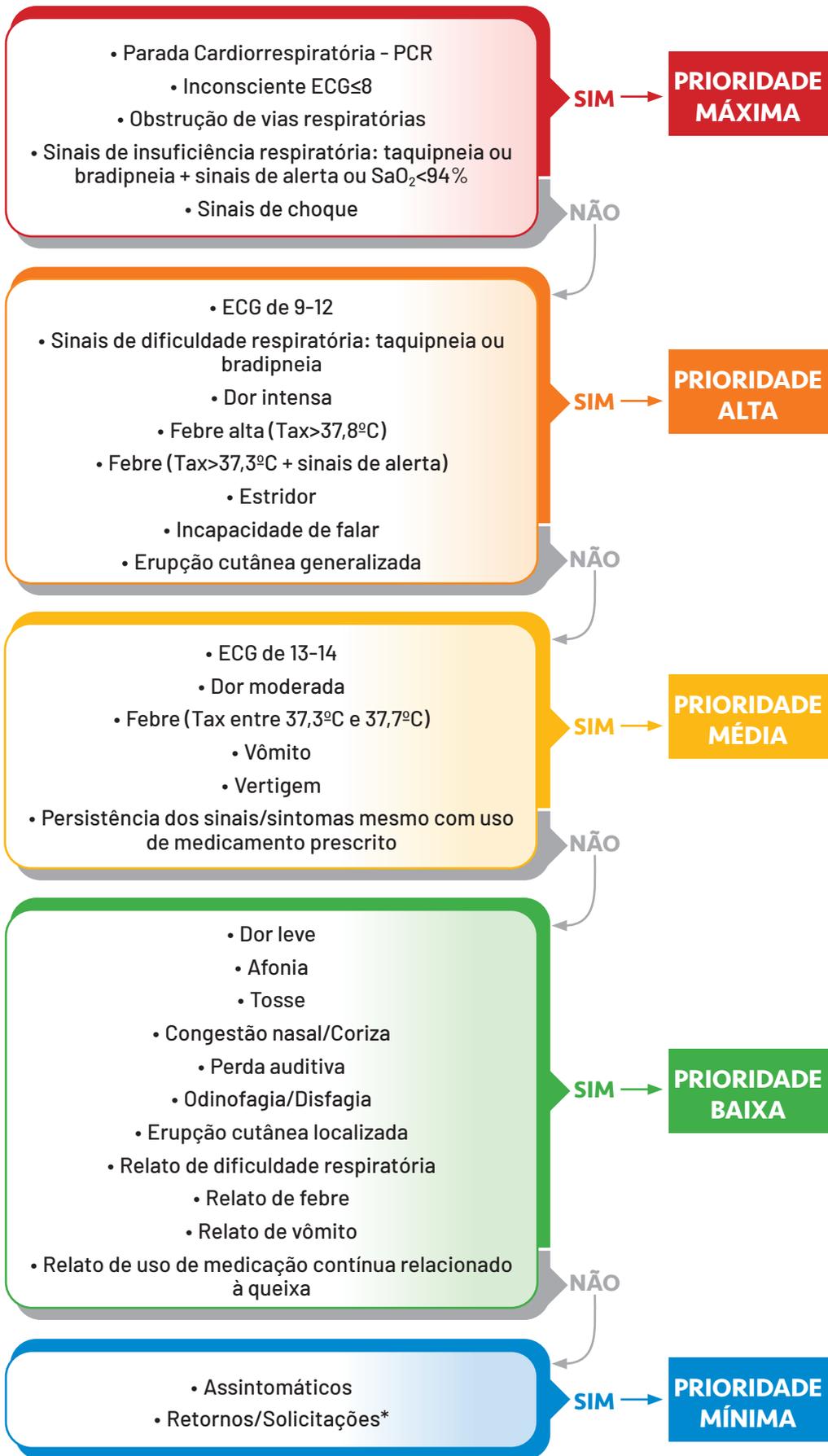
Pressão Arterial Normal

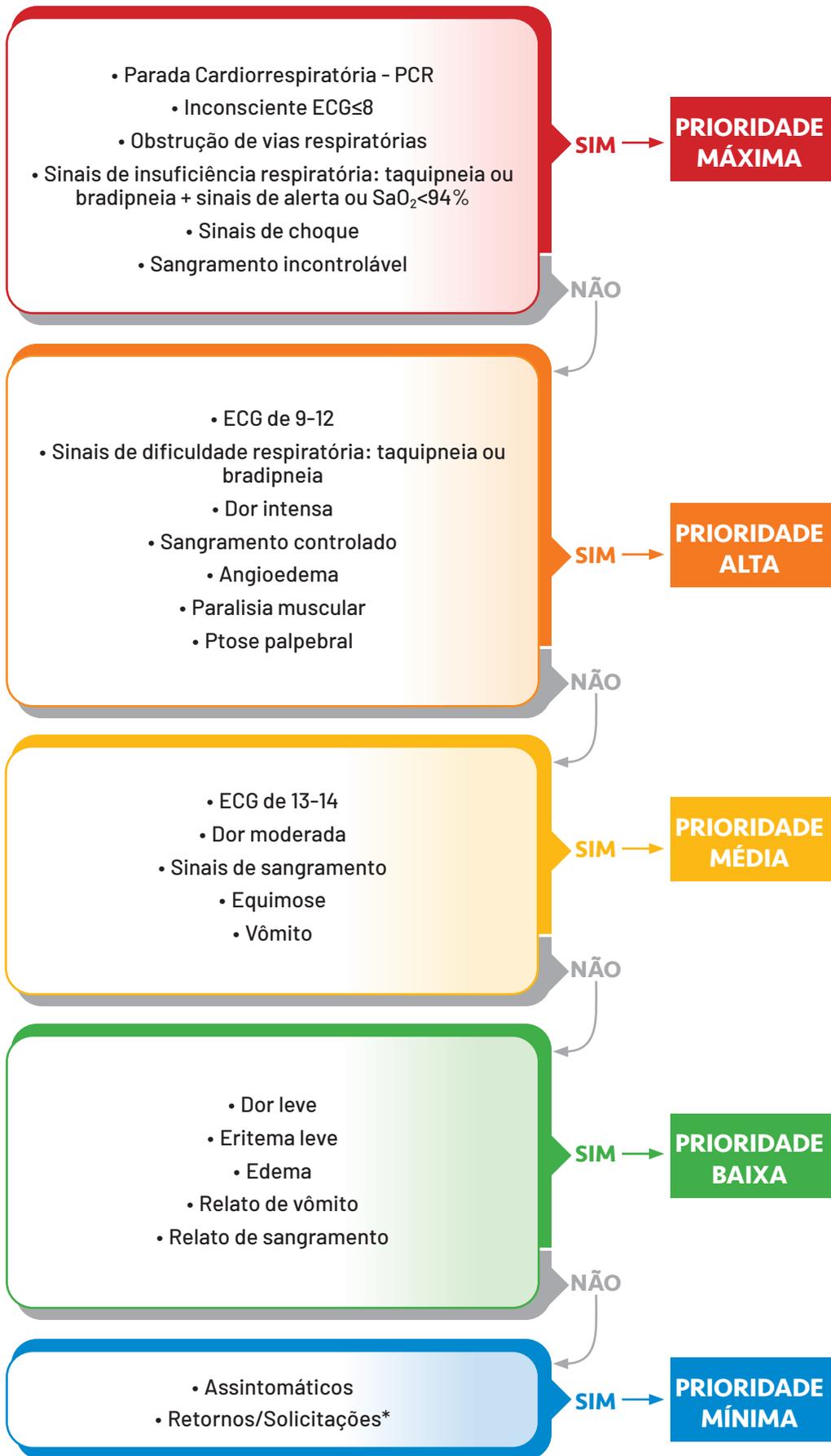
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h<3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, COM SINAIS DE GRAVIDADE (sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos: taquicardia, extremidades distais frias e pegajosas, pulso fraco e filiforme, enchimento capilar lento (<2 segundos), pressão arterial convergente (<20mmHg), taquipneia, oligúria, hipotensão arterial, cianose, acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória, sangramento grave e comprometimento grave de órgãos.

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

ATENÇÃO !

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO D
ENCAMINHAR PARA SALA DE ESTABILIZAÇÃO/ REANIMAÇÃO/VERMELHA.
PRESCREVER ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E INÍCIO DE HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA 20ml/kg DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM INFUSÃO EM ATÉ 20 MINUTOS.

NÃO

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, COM SINAIS DE ALARME PRESENTES (dor abdominal intensa referida ou à palpação e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos - ascite, derrame pleural, derrame pericárdico -, hipotensão postural e/ou lipotímia, hepatomegalia maior do que 2cm abaixo do rebordo costal, sangramento de mucosa, letargia e/ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito) E SINAIS DE GRAVIDADE AUSENTES.

SIM →

PRIORIDADE ALTA

ATENÇÃO !

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO C
ENCAMINHAR PARA SALA DE OBSERVAÇÃO, EM LEITO.
PRESCREVER ACESSO VENOSO PERIFÉRICO E INÍCIO DE HIDRATAÇÃO ENDOVENOSA 10ml/kg DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% COM INFUSÃO EM ATÉ 60 MINUTOS.

NÃO

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, SEM SINAIS DE ALARME, COM CONDIÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU COM RISCO SOCIAL OU COMORBIDADES.

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

ATENÇÃO !

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO B
ENCAMINHAR PARA SALA DE MEDICAÇÃO
PRESCREVER HEMOGRAMA COMPLETO, COM INDICAÇÃO DE SUSPEITA DE DENGUE (para urgência da coleta e liberação do resultado).

NÃO

• Relato de febre entre dois a setes dias de duração, mais duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos, exantema, mialgia, artralgia, cefaleia, dor retro-orbital, petéquias, prova do laço positiva e leucopenia, SEM SINAIS DE ALARME, sem condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades.

SIM →

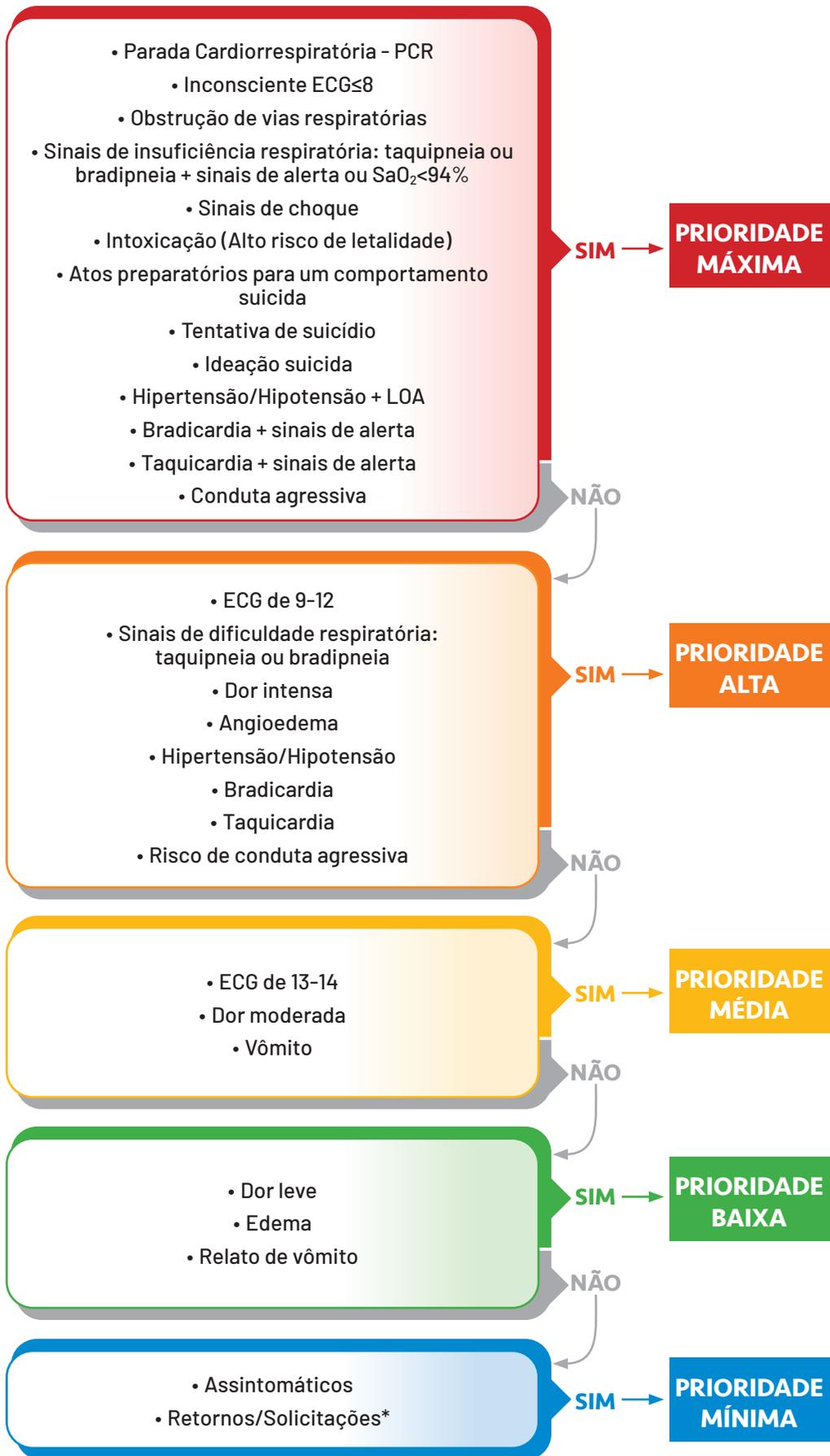
PRIORIDADE BAIXA

ATENÇÃO !

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO A
ENCAMINHAR PARA ÁREA DE ESPERA PARA AGUARDAR ATENDIMENTO MÉDICO.

CASO SUSPEITO DE DENGUE TIPO A e TIPO B: ORIENTAR HIDRATAÇÃO ORAL (até resultado dos exames): Crianças acima de 20kg menores de 13 anos 80ml/kg/dia, Crianças entre 10 e 20kg 100ml/kg/dia, e Crianças até 10kg 130ml/kg/dia.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

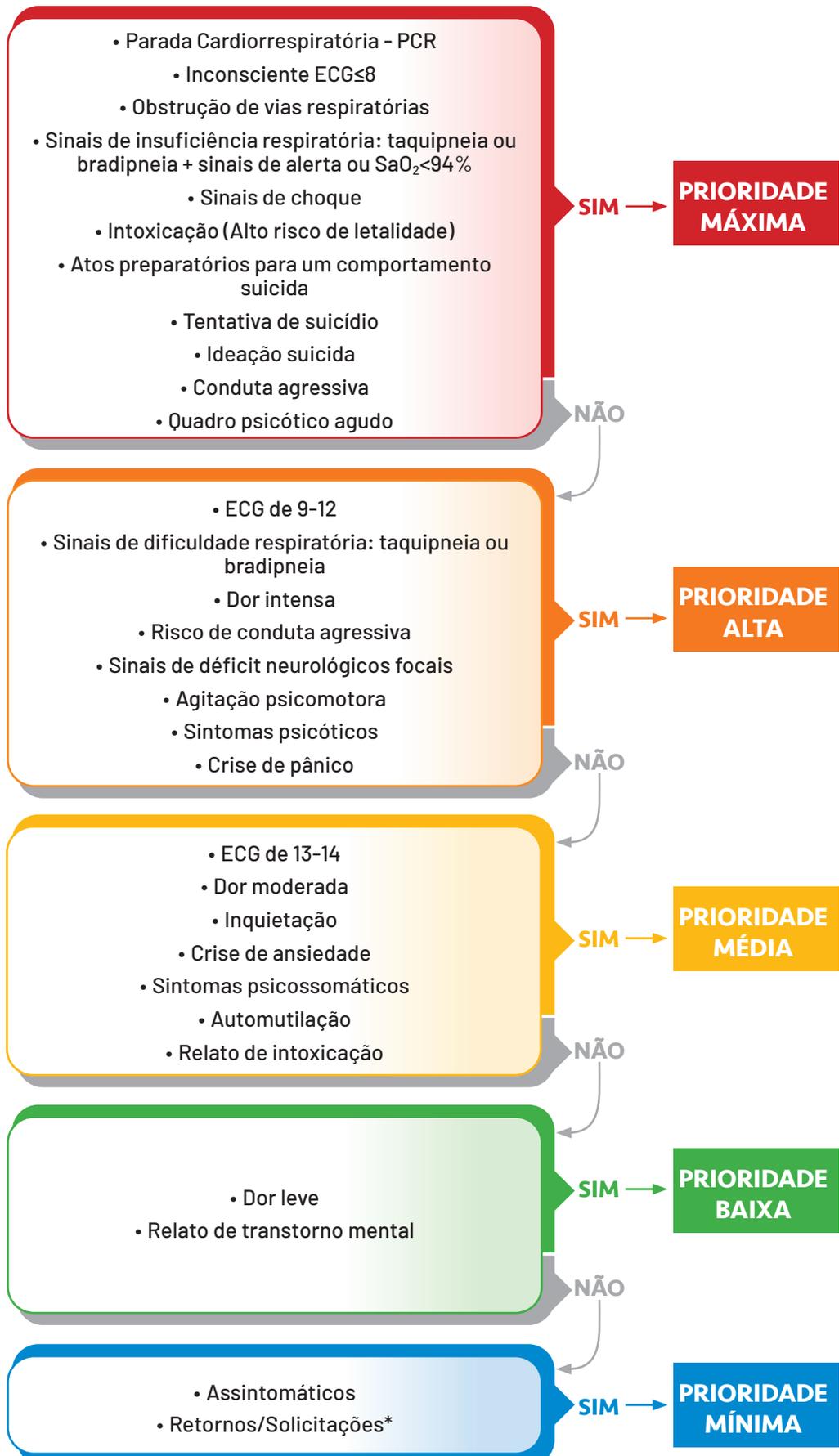
Pressão Arterial Normal

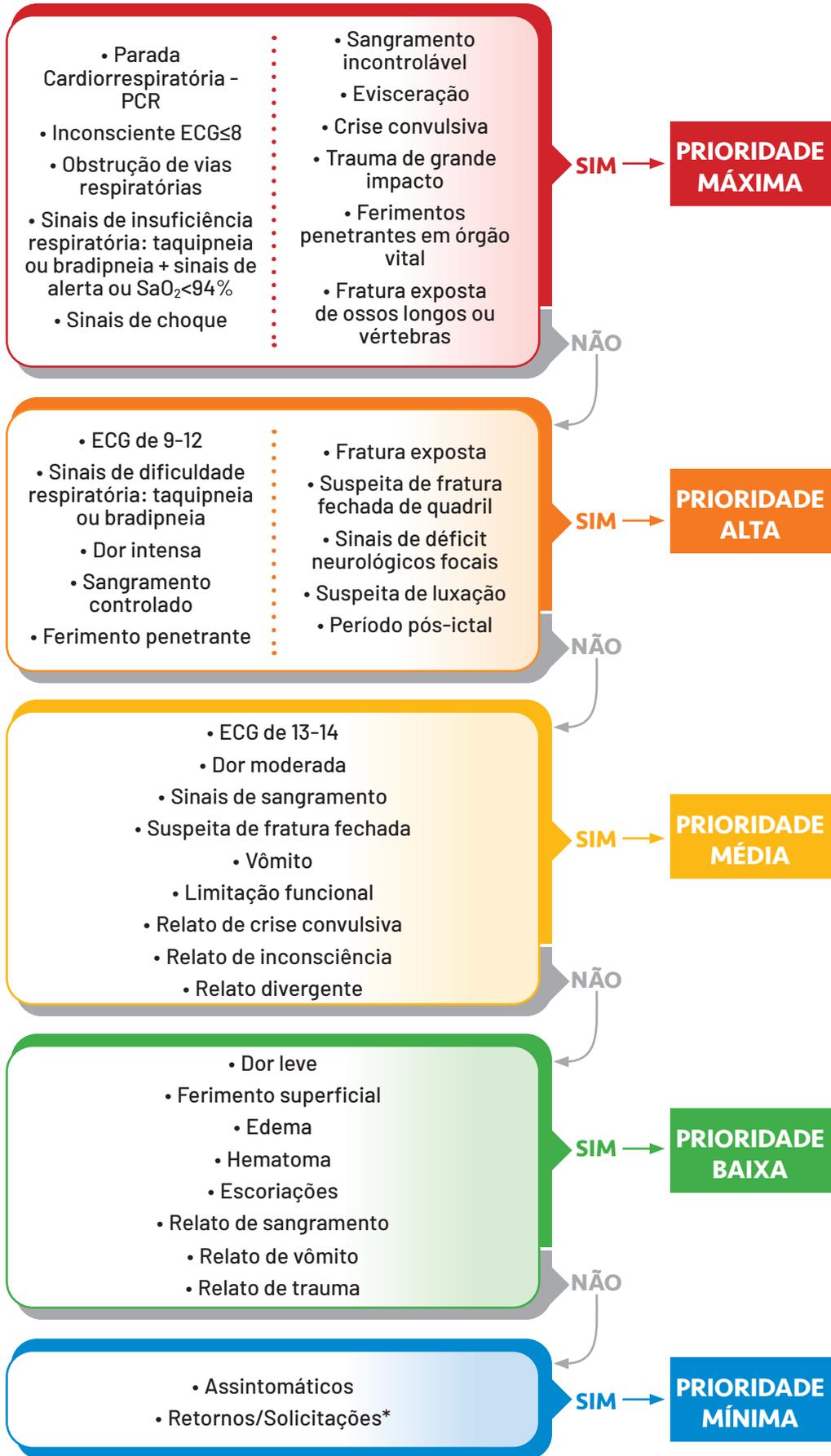
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

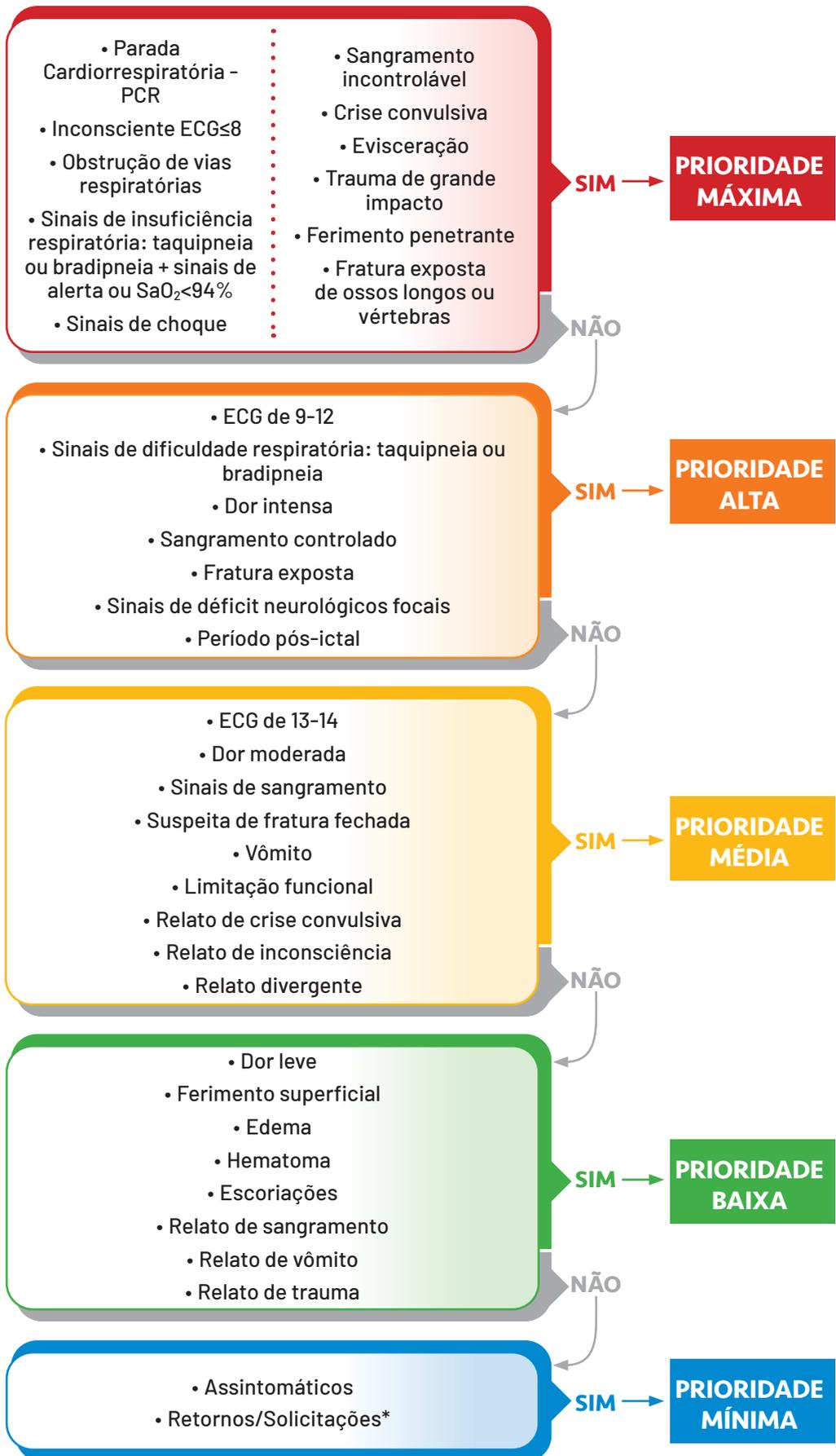
Pressão Arterial Normal

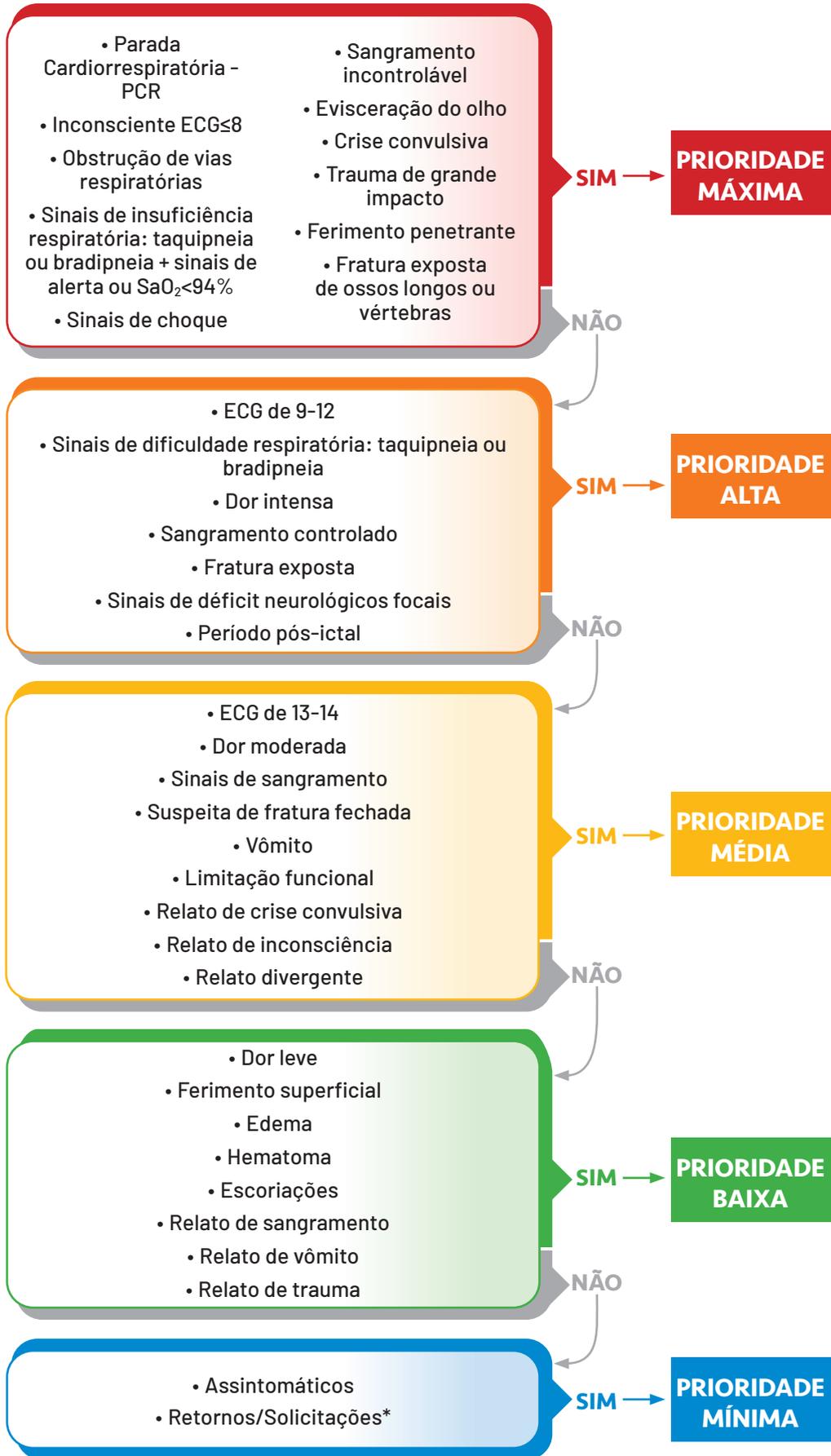
| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
 - Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO₂<94%
 - Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
 - Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
 - Ferimento penetrante
- Fratura exposta de ossos longos ou vértebras

SIM →

PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
 - Dor intensa
- Sangramento controlado
 - Fratura exposta
- Sinais de déficit neurológicos focais
 - Período pós-ictal

SIM →

PRIORIDADE ALTA

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
 - Vômito
- Limitação funcional
- Relato de crise convulsiva
- Relato de inconsciência
 - Relato divergente

SIM →

PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

- Dor leve
- Ferimento superficial
 - Edema
 - Hematoma
 - Escoriações
- Relato de sangramento
 - Relato de vômito
 - Relato de trauma

SIM →

PRIORIDADE BAIXA

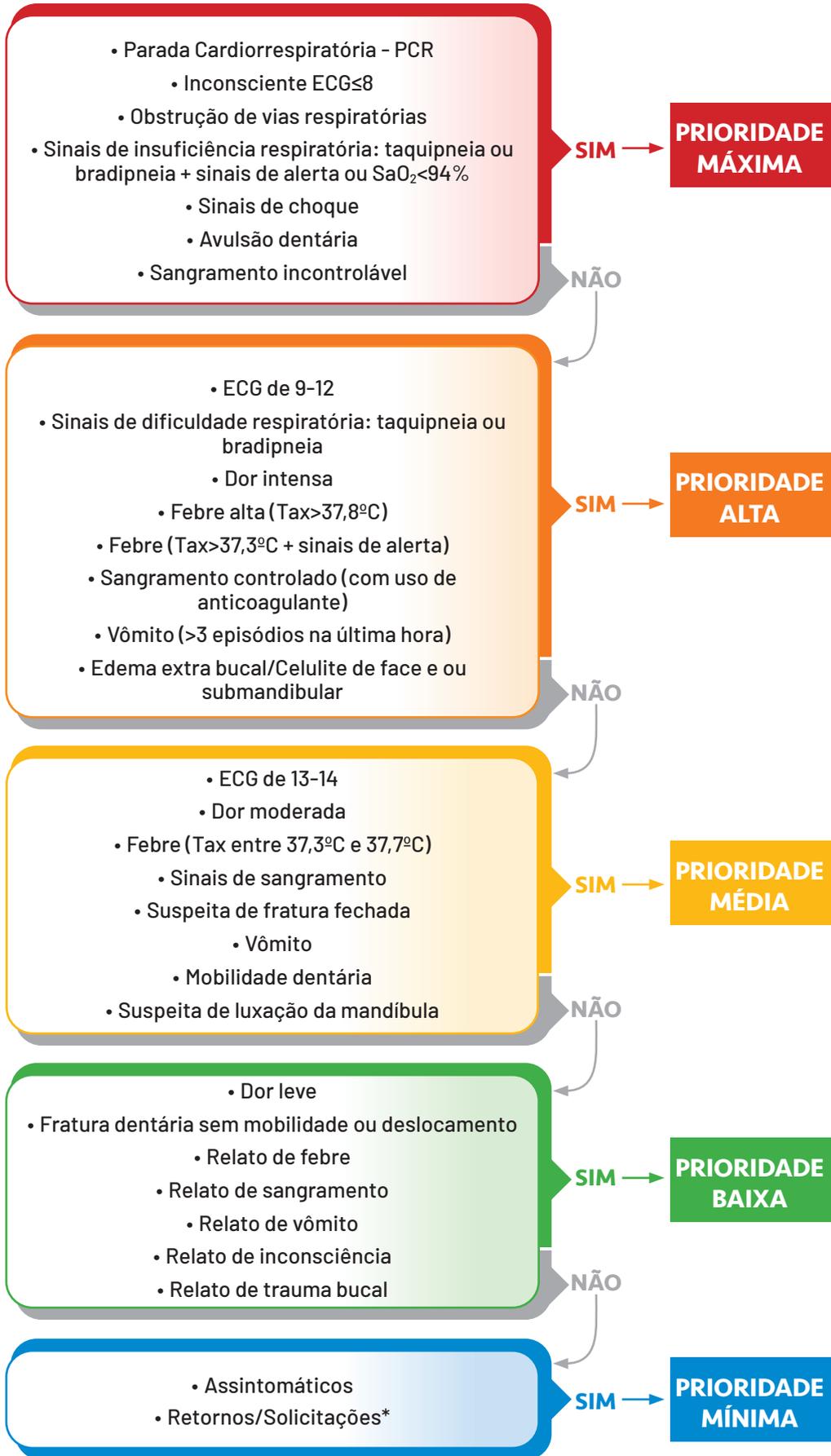
NÃO

- Assintomáticos
- Retornos/Solicitações*

SIM →

PRIORIDADE MÍNIMA





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|-----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | Tax | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

| Insuficiência Respiratória | |
|----------------------------|--|
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| Dificuldade Respiratória | |
| Idade | Parâmetros |
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h < 1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h < 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.





OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

| | | | |
|-----|----|------------------|----|
| ECG | FR | SaO ₂ | PA |
| Dor | | FC | |

Parâmetros de FR e SaO₂ na criança

Insuficiência Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR <12mvm + sinais de alerta ou SaO ₂ <94% |

Dificuldade Respiratória

| Idade | Parâmetros |
|--------------|--------------------------|
| 1 a 12 meses | FR >53mvm ou FR <30mvm |
| 1 a 2 anos | FR >37 mvm ou FR < 22mvm |
| 3 a 5 anos | FR >28 mvm ou FR < 20mvm |
| 6 a 11 anos | FR >25mvm ou FR < 18mvm |
| 12 a 15 anos | FR > 20mvm ou FR < 12mvm |

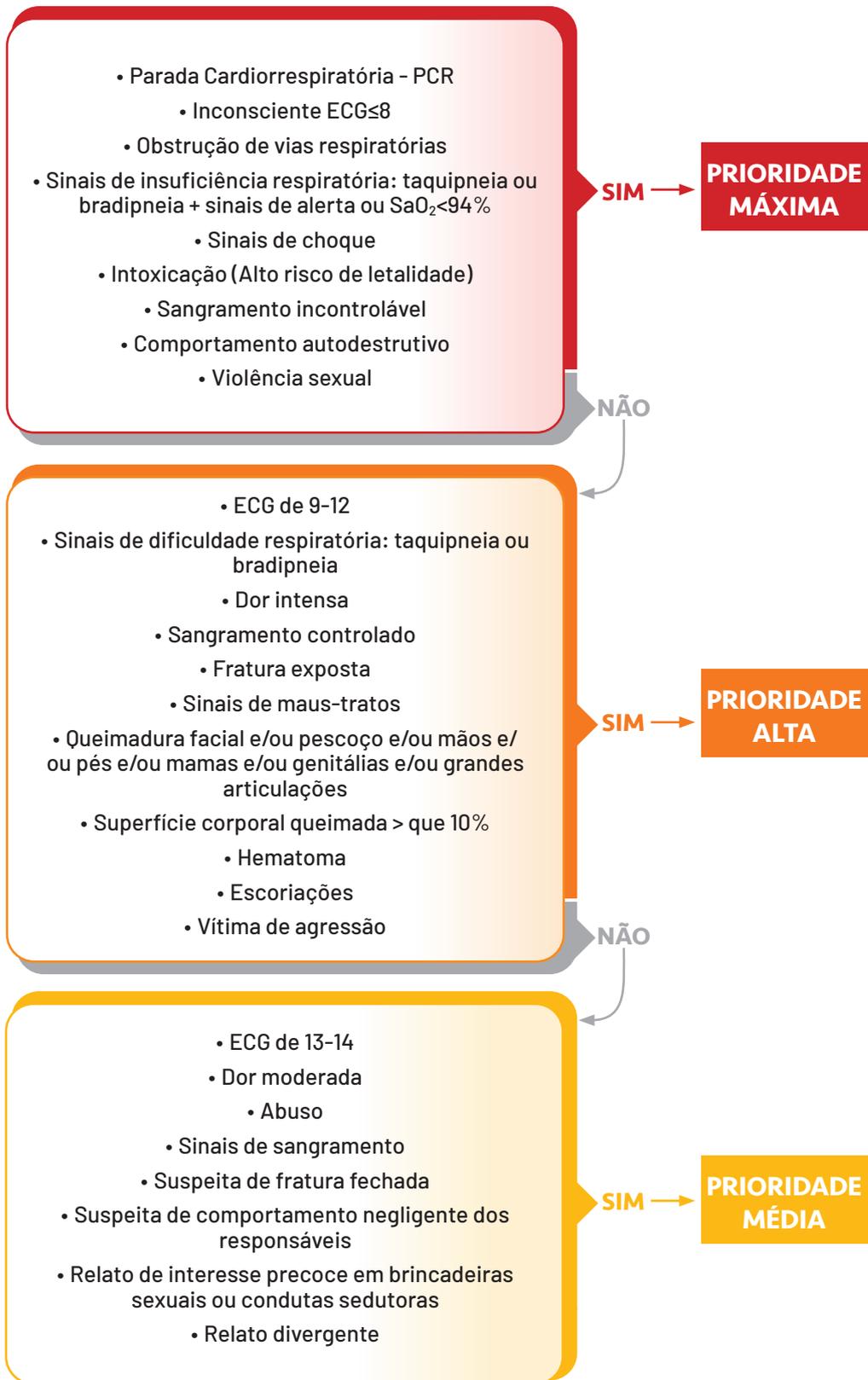
Pressão Arterial Normal

| Idade | PAS | PAD |
|---------------|---------|-------|
| 12h<1000g | 39-59 | 16-36 |
| 12h< 3 kg | 60-76 | 31-45 |
| Neonato (96h) | 67-84 | 35-53 |
| 1 a 12 meses | 72-104 | 37-56 |
| 1 a 2 anos | 86-106 | 42-63 |
| 3 a 5 anos | 89-112 | 46-72 |
| 6 a 9 anos | 97-115 | 57-76 |
| 10 a 12 anos | 102-120 | 61-80 |
| 12-15 anos | 110-131 | 64-83 |

Frequência Cardíaca Normal

| Idade | Vigília | Sono |
|--------------|---------|--------|
| Até 28 dias | 100-205 | 90-160 |
| 1 a 12 meses | 100-180 | 90-160 |
| 1 a 2 anos | 98-140 | 80-120 |
| 3 a 5 anos | 80-120 | 65-100 |
| 6 a 12 anos | 75-118 | 58-90 |
| 12 a 15 anos | 60-100 | 50-90 |

* Retorno de paciente: para mostrar exames e para realizar exames. Solicitação: de receita médica, de requisição de exame e de encaminhamento.



GLOSSÁRIO

A

| | | |
|--|--|----|
| Abuso | Maus-tratos emocionais, financeiros, nutricionais ou físicos, ou exploração ou abandono de uma pessoa, geralmente por membros da família ou por funcionários de uma instituição. | 15 |
| Afogamento grau 1 | Afogamento sem sinais de dificuldade respiratória. | 29 |
| Afogamento grau 2 e 3 | Afogamento com sinais de dificuldade respiratória. | 29 |
| Afogamento grau 4, 5 e 6 | Afogamento com sinais de insuficiência respiratória ou PCR (grau 6). | 29 |
| Afonia | Perda completa da fonação devido à doença orgânica da laringe ou a causas não orgânicas. | 15 |
| Agitação psicomotora | Sentimento de agitação associado com atividade motora elevada. Pode ocorrer como uma manifestação de toxicidade do sistema nervoso ou outras afecções. | 15 |
| Agressão | Comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque, verbais ou físicas, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo. | 15 |
| Alteração do aspecto da bolsa escrotal | Bolsa cutânea da pele que contém os testículos e os cordões espermáticos, com alteração local de dor, edema, aumento de volume, vermelhidão e ou elevação da temperatura. | 15 |
| Alteração na perfusão periférica | Alterações na pele como hiperpigmentação, palidez à elevação, tempo de enchimento venoso, hiperemia reativa, úlceras cicatrizadas ou abertas. Formigamento, dor, queimação, câimbras musculares, edema, sensação de peso ou latejamento, prurido cutâneo, pernas inquietas, cansaço das pernas e fadiga. | 15 |
| Angioedema | Inchaço envolvendo a derme profunda, tecidos subcutâneos, ou submucoso, representando um edema localizado. O angioedema frequentemente ocorre na face, lábios, língua e laringe. | 15 |
| Ansiedade | Sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente. | 15 |
| Anticoncepção pós-coito | Meios de intervenção pós-coito para evitar a gravidez, como a administração de anticoncepcionais pós-coito para impedir a fertilização de um ovo ou implantação de um óvulo fertilizado (implantação do óvulo fecundado). | 15 |
| Artralgia | Dor na articulação. | 15 |
| Atos preparatórios para comportamento suicida iminente (ou plano de suicídio) | O indivíduo toma medidas para se ferir, mas é impedido por si mesmo ou por outros de iniciar o ato autolesivo antes que o potencial de dano tenha começado. | 6 |
| Ausência de dor | Sem a sensação desagradável induzida por estímulos nocivos que são detectados por terminações nervosas de nociceptores. | 15 |
| Automutilação | Ato de lesar o próprio corpo, até o ponto de cortar ou destruir permanentemente um membro ou outra parte do corpo. | 15 |
| Avulsão dentária | Deslocamento parcial ou completo de um dente de seu suporte alveolar. É frequentemente o resultado de trauma. | 15 |

| | | | |
|----------|--|---|----|
| | Azia | Dor subesternal ou sensação de ardência, normalmente associada com regurgitação de suco gástrico no esôfago. | 15 |
| B | Blefaroespasm | Piscar excessivo, espasmo tônico ou clônico do músculo oculi orbicularis. Espasmo da musculatura da pálpebra | 15 |
| | Bradícardia | Arritmias cardíacas caracterizadas por frequência cardíaca excessivamente baixa. | 15 |
| C | Celulite de face e ou submandibular | A celulite é uma infecção cutânea desenvolvida a partir de bactérias que entram via soluções de continuidade e quebras de barreira cutânea. Apresenta quadro de inflamação aguda, piogênica da derme e tecido subcutâneo inferiores associados. | 28 |
| | Cianose de extremidades | Descoloração azulada ou púrpura da pele e mucosas devido a um aumento na quantidade de hemoglobina desoxigenada no sangue ou um defeito estrutural na molécula de hemoglobina, nas extremidades. | 15 |
| | Claudicação | Claudicação Intermitente: Complexo de sintomas caracterizados por dor e fraqueza em um grupo de músculos esqueléticos associado com exercícios, como dor nas pernas e fraqueza produzida por caminhada. Tal debilidade muscular desaparece após um breve repouso e frequentemente relaciona-se com estenose arterial, isquemia muscular, e acúmulo de lactato. | 15 |
| | Comportamento autodestrutivo | Ato de se machucar ou de fazer mal a si mesmo sem que haja intenção de suicídio ou perversão sexual. | 15 |
| | Conduta agressiva | Comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque verbais ou físicos, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo. | 15 |
| | Congestão Nasal/ Coriza | Coriza ou rinorreia: Excesso de drenagem nasal.(DESCS) congestão nasal : A obstrução nasal, por definição, é uma restrição objetiva ao fluxo aéreo na cavidade nasal, e ocorre quando há aumento na resistência nasal ao fluxo aéreo , mas sua percepção varia muito, por vezes sem correlação com a resistência nasal. Além de ser uma das características mais marcantes da rinite alérgica, a obstrução nasal é um dos seus principais sintomas. | 22 |
| | Constipação intestinal | Evacuação difícil ou pouco frequente das fezes. Esta associado com várias causas, como baixa ingestão de fibra alimentar, distúrbios emocionais ou nervosos, transtornos sistêmicos e estruturais e agravo induzido por drogas e infecções. | 15 |
| | Córnea opaca | Opacidade da córnea ou leucoma: Transtorno que ocorre na área central ou periférica da córnea. O grau normal de transparência torna-se relativamente opaco. | 15 |
| | Corpo estranho animado | Corpo estranho animado é qualquer inseto e/ou aracnídeos que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades. Pode ser ingerido ou colocado nas narinas e conduto auditivo, mas apresenta um risco maior quando é aspirado para o pulmão. | 15 |
| | Corpo estranho inanimado | Corpo estranho é qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades. Pode ser ingerido ou colocado nas narinas e conduto auditivo, mas apresenta um risco maior quando é aspirado para o pulmão. | 15 |
| | Corrimento anogenital | O corrimento é secreção originária da uretra, vagina ou anus podendo ou não vir associado a outros sintomas como ardor, irritação, prurido, odor, quantidade de secreção. | 15 |

| | | |
|---|--|----|
| Crise convulsiva | Distúrbios clínicos ou subclínicos da função cortical, devido à descarga súbita, anormal, excessiva e desorganizada de células cerebrais. As manifestações clínicas incluem fenômenos motores, sensoriais e psíquicos. | 15 |
| Crise de ansiedade | Sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente, porém não incapacitante como nos transtorno de ansiedade . | 15 |
| Crise de pânico | Estado de ansiedade aguda extrema e de medo desproporcional à situação real vivenciada, acompanhado pela desorganização do funcionamento da personalidade, sensação de sintomas autonômicos de ansiedade com sensação de morte iminente e perda de controle. | 15 |
| D Debilidade muscular | Queixa de debilidade, fadiga e exaustão que é atribuída à fraqueza de vários músculos. A fraqueza pode ser caracterizada como subaguda ou crônica, frequentemente progressiva e é a manifestação de muitas doenças musculares e neuromusculares. | 15 |
| Deficiência imune (em vigência de febre) | Doenças de deficiência imunológica genética e síndromes devidas à mutações nos genes envolvidos em imunidade geralmente caracterizados por um aumento na susceptibilidade a doenças infecciosas. São frequentemente associadas com manifestações de doença autoimune. | 15 |
| Desorientação | Estado mental caracterizado por confusão, distúrbios emocionais, falta da clareza de pensamento e desorientação da percepção. | 15 |
| Dificuldade respiratória | Dispneia: respiração com dificuldade ou com esforço. | 15 |
| Diminuição da acuidade visual | Diminuição da clareza ou nitidez da visão ocular ou a habilidade dos olhos de enxergar detalhes finos. A acuidade visual também pode ser influenciada por brilho, cor e contraste. | 15 |
| Dispareunia | Dor genital recorrente que ocorre antes, durante ou depois de uma relação sexual | 15 |
| Distensão abdominal | Distensão de órgãos por gás e fluidos ou distensão de cápsula de órgãos por edema, sangue, massa ou abscesso. Acompanhada ou não de dor visceral. | 28 |
| Distúrbios menstruais | Variações da menstruação, podendo ser indicativo de alguma doença. | 15 |
| Distúrbios visuais | Comprometimentos da visão que limitam uma ou mais funções básicas do olho: acuidade visual, adaptação ao escuro e visão de cores ou periférica. | 15 |
| Disúria/Polaciúria | Disúria: micção dolorosa, frequentemente está associada com infecções do trato urinário inferior. Polaciúria: a polaciúria é a vontade de urinar com muita frequência, em pequenas quantidades. | 15 |
| Dor intensa | Sensação desagradável induzida por estímulos nocivos que são detectados por terminações nervosas de nociceptores. Medição da dor: Escalas, questionários, testes e outros métodos utilizados para avaliar a severidade e duração da dor em pacientes, com o objetivo de ajudar no diagnóstico, terapêutica e estudos fisiológicos. Escala EVA (8-10); Escala de faces (8-10); Escala de FLACC (7-10); e Escala NIPS (6-7). | 15 |
| Dor leve | Sensação desagradável induzida por estímulos nocivos que são detectados por terminações nervosas de nociceptores. Medição da dor: Escalas, questionários, testes e outros métodos utilizados para avaliar a severidade e duração da dor em pacientes, com o objetivo de ajudar no diagnóstico, terapêutica e estudos fisiológicos. Escala EVA (0-2); Escala de faces (0-2); Escala de FLACC (0-3); e Escala NIPS (1-2). | 15 |

E

| | | |
|------------------------------|---|----|
| Dor moderada | Sensação desagradável induzida por estímulos nocivos que são detectados por terminações nervosas de nociceptores. Medição da dor: Escalas, questionários, testes e outros métodos utilizados para avaliar a severidade e duração da dor em pacientes, com o objetivo de ajudar no diagnóstico, terapêutica e estudos fisiológicos. Escala EVA (3-7); Escala de faces (4-6); Escala de FLACC (4-6); e Escala NIPS (3-5). | 15 |
| Dor torácica típica | Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação típica para o ombro, mandíbula ou face interna do braço esquerdo, aliviada pelo repouso ou nitrato. | 15 |
| Edema | Acúmulo anormal de líquido em tecidos ou cavidades do corpo. Na maioria dos casos, estão presentes sob a pele, na tela subcutânea . | 15 |
| Edema de Parótida | Inflamação da glândula parótida. | 15 |
| Edema extenso | Acúmulo anormal de líquido em tecidos ou cavidades do corpo. Na maioria dos casos, estão presentes sob a pele, na tela subcutânea. O edema extenso é aquele com provável comprometimento sistêmico. | 15 |
| Êmese gravídica | Sintomas de náusea e vômito em mulheres grávidas que normalmente ocorrem nas manhãs dos primeiros dois a três meses de gravidez. | 15 |
| Enterorragia | Passagem de sangue vivo em grande volume, ou ainda de coágulos, pelo reto. | 20 |
| Equimose | Extravasamento de sangue na pele, resultando em uma mancha não elevada, redonda ou irregular, azul ou púrpura, maior que uma petéquia. | 15 |
| Eritema | Vermelhidão da pele produzida pela congestão dos capilares. Esta afecção pode resultar de uma variedade de processos mórbidos. | 15 |
| Erupção cutânea | A erupção cutânea, também conhecida como rush cutâneo ou exantema é caracterizada por máculas ou pápulas que podem apresentar aspecto irregular e edemaciado, estando ou não em associação com prurido, descamação, lesões bolhosas e crostas. Acometendo uma região específica ou espalhando-se por todo o corpo. As causas variam desde doenças infecciosas por agentes como vírus, bactérias, fungos e protozoários até não infecciosas tais como reações medicamentosas, doenças autoimunes e neoplasias. | 26 |
| Escoriações | Escoriações são lesões simples, que ocorrem na camada mais superficial da pele, sem perda ou destruição do tecido. No geral, o sangramento é pequeno, porém podem ser muito dolorosas porque as terminações nervosas ficam expostas. | 15 |
| Esgotamento emocional | Estado emocional negativo caracterizado por desconforto físico e/ou emocional, dor ou angústia. | 15 |
| Estridor | Estridor é um som respiratório grosseiro, em geral mais agudo, normalmente ouvido na inspiração. Também pode ser ouvido na expiração. O estridor é um sinal de obstrução das vias aéreas superiores (extratorácicas) e pode indicar que a obstrução é crítica e exige intervenção imediata. O estridor tem muitas causas, como OVACE e infecção (exemplo: crupe). Anormalidades congênitas (exemplo: laringomalácea) e adquiridas (exemplo: tumor ou cisto) das vias aéreas também podem causar estridor. Edema nas vias aéreas superiores (exemplo: reação alérgica) é outra causa desse som respiratório anormal. | 3 |
| Evisceração | Exposição de vísceras ou órgãos. | 14 |

| | | |
|----------|--|----|
| | | 15 |
| | Evisceração do olho | 15 |
| | Exteriorização do cordão umbilical ou partes fetais | 15 |
| F | Febre | 15 |
| | Ferida infectada | 15 |
| | Ferimento corto-contuso | 23 |
| | Ferimento penetrante | 15 |
| | Ferimento penetrante em órgão vital | 14 |
| | Ferimento superficial | 23 |
| | Fratura dentária sem mobilidade ou deslocamento | 15 |
| | Fratura exposta | 28 |
| | Fratura exposta de ossos longos ou vértebras | 15 |
| G | Gangrena | 15 |
| H | Hálito cetônico | 2 |
| | Hematêmese constatada | 15 |
| | Hematoma | 15 |
| | Hematúria | 15 |
| | Hemoptise constatada | 15 |

| | | |
|------------------------------|---|----|
| Hemorragia ocular | Hemorragia (subconjuntival) intraocular dos vasos de vários tecidos do olho. | 15 |
| Hiperêmese gravídica | Vômito intratável que desenvolve no início da gravidez e persiste. Pode levar a desidratação e perda de peso. Vômitos diversos e persistentes durante a gravidez são chamados hiperêmese gravídica. | 15 |
| Hiperemia extensa | Refere-se a um sinal semiológico decorrente do aumento do volume sanguíneo por um processo ativo, que resulta da dilatação arterial e aumento do volume sanguíneo em área alongada ocupando mais áreas do corpo. Ex: perna e coxa; mão e braço. Os tecidos hiperemiados apresentam uma coloração mais avermelhada (eritema) que o usual, devido ao ingurgitamento sanguíneo que ocorre na região. É muito comum em tecidos onde há inflamação em curso. | 19 |
| Hiperemia localizada | Refere-se a um sinal semiológico decorrente do aumento do volume sanguíneo por um processo ativo, que resulta da dilatação arterial e aumento do volume sanguíneo em área circunscrita ou parte determinada do corpo. Os tecidos hiperemiados apresentam uma coloração mais avermelhada (eritema) que o usual, devido ao ingurgitamento sanguíneo que ocorre na região. É muito comum em tecidos onde há inflamação em curso. | 19 |
| Hiperemia ocular | Está associado a ingurgitamento dos vasos conjuntivais (hiperemia conjuntival) ou à turgescência dos vasos profundos episclerais que circundam a córnea (injeção ciliar) ou à hemorragia subconjuntival ou qualquer combinação destas. Das três primeiras possibilidades, a injeção ciliar é a que mais probabilidade tem de estar associada a uma enfermidade grave. Ela acompanha as ceratites, uveítes anteriores e glaucoma. | 27 |
| Hiperglicemia | Nível anormalmente alto de glicemia. | 15 |
| Hipertensão | Pressão arterial sistêmica alta, acima do valor de referência para idade. | 15 |
| Hipoglicemia | Síndrome de nível anormalmente baixo de glicemia. A hipoglicemia clínica tem várias etiologias. A hipoglicemia grave eventualmente leva a privação da glucose no sistema nervoso central resultando em fome, sudorese, parestesia, comprometimento da função mental, ataques, coma e até morte. | 15 |
| Hipotensão | Pressão arterial anormalmente baixa que pode resultar em fluxo de sangue inadequado para o encéfalo e outros órgãos vitais. O sintoma comum é a vertigem, mas impactos negativos maiores no corpo ocorrem quando há depravação prolongada de oxigênio e nutrientes. | 15 |
| Hipotensão Postural | Queda significativa da pressão arterial após assumir a posição de pé. A hipotensão ortostática é um achado e é definida como redução de 20 mm Hg na pressão sistólica, ou de 10 mm Hg na pressão diastólica, 3 minutos depois que a pessoa deitada (de costas) ficou em pé. Entre os sintomas geralmente estão vertigem, vista embaçada e síncope. | 15 |
| Hipotermia | Temperatura corporal axilar <35,5°C. | 15 |
| Hipotonia | Diminuição do tono muscular esquelético caracterizada pela diminuição da resistência ao estiramento passivo. | 15 |
| História de enxaqueca | História de cefaleias recorrentes unilaterais pulsáteis, não precedidas ou acompanhadas de aura, em episódios que duram de 4-72 horas. São caracterizadas por dor de intensidade moderada a severa, agravadas por atividade física e associadas a náusea e/ou fotofobia ou fonofobia. | 15 |

| | | |
|--|--|----|
| História ou relato de hematêmese | História ou relato de vômito de sangue que apresenta característica de cores vermelho claro ou café-terra. Geralmente indica sangramento do trato gastrointestinal superior. | 15 |
| História ou relato de sangramento digestivo | Sangramento em qualquer segmento do trato gastrointestinal do esôfago até o reto. | 15 |
| História prévia de arritmia | História de arritmia, quaisquer distúrbios da pulsação rítmica normal do coração ou contração miocárdica. As arritmias cardíacas podem ser classificadas pelas anormalidades da frequência cardíaca, transtornos de geração de impulso | 15 |
| Icterícia | Manifestação clínica de hiperbilirrubinemia , caracterizada pela coloração amarelada da pele, membrana, mucosa e esclera . Icterícia clínica geralmente é sinal de disfunção no fígado . | 15 |
| Idade gestacional | Período, em semanas, a partir da data do primeiro dia do último período menstrual normal e a data do parto. | 15 |
| Ideação suicida | Pensamentos passivos sobre querer estar morto ou pensamentos ativos sobre se matar, não acompanhados de comportamento preparatório. | 6 |
| Inapetência | Diminuição ou perda de apetite acompanhada por uma aversão à comida e incapacidade para comer. | 15 |
| Incapacidade de falar | Incapacidade de comunicação através de um sistema convencional de símbolos vocais. | 15 |
| Inconsciente | Perda da capacidade em manter consciência de si próprio e do ambiente, combinados com uma resposta acentuadamente reduzida a estímulos ambientais. | 15 |
| Infecção | Invasão do organismo hospedeiro por microrganismos ou suas toxinas ou por parasitas que podem causar afecções patológicas ou doenças. Secreção purulenta é sinal de infecção por bactérias. | 15 |
| Inflamação na pálpebra | Tersol ou hordéolo: infecção purulenta de uma das glândulas sebáceas de Zeis ao longo da margem (externa) da pálpebra ou da glândula meibomiana no lado da conjuntiva da pálpebra (interno). | 15 |
| Inquietação | Atividades motora e cognitiva excessivas e sem necessariamente ter um propósito. | 15 |
| Insuficiência respiratória | Incapacidade para proporcionar oxigênio adequado às células do organismo e para remover o excesso de dióxido de carbono. | 15 |
| Intoxicação (Alto risco de letalidade) | Afecção ou estado físico produzido por ingestão, injeção, inalação ou exposição a um agente nocivo. (Alto risco de letalidade) | 15 |
| Lesão infectada | Acúmulo de material purulento em tecidos, órgãos ou espaços circunscritos, normalmente associado com sinais de infecção (abscesso). | 15 |
| Lesão sem sangramento | Danos infligidos no corpo como resultado direto ou indireto de uma força externa, com ou sem rompimento da continuidade estrutural, sem sangramento. | 15 |
| Lesão/Estomatites bucais | Lesão bucal ou inflamação dos tecidos moles da boca, como mucosa, palato, gengiva e lábio. | 15 |

| | | |
|---|--|----|
| Lesão/Verruga anogenital | Úlceras, verrugas, dermatose eritematosa ou eritematodescamativa, cisto e abscesso localizadas em região de ânus, vagina ou pênis. | 13 |
| Limitação funcional | É uma incapacidade anátomo-funcional que pode ser compreendida como uma incapacidade pessoal, ou ainda, uma incapacidade médica ou médico-técnica. Nesse aspecto, a incapacidade pode ser classificada em temporária ou permanente (também chamada de definitiva). Incapacidade temporária é aquela que tem uma duração limitada no tempo ou para a qual há tratamentos capazes de atenuar significativamente ou anular a incapacidade. A incapacidade permanente habitualmente se refere a uma seqüela residual intratável ou que já foi submetida efetivamente a todos os tratamentos médicos disponíveis para a sua melhora, tendo já alcançado a melhor condição possível. | 17 |
| M Massa abdominal visível | Aumento do volume ou surgimento de massa no abdômen podem ser sintomas de tumor ou neuroblastoma. | 18 |
| Mastite | Inflamação da mama ou glândula mamária, com presença ou não de ingurgitamento mamário e sinais flogísticos. | 15 |
| Melena | Feces pretas, alcatroadas e fétidas, contendo sangue degradado. | 15 |
| Mobilidade dentária | O movimento horizontal e, em menor grau, axial, de um dente em resposta a forças normais, como na oclusão. Ela refere-se também à mobilidade de um dente resultante de uma perda de toda ou de uma porção da sua inserção e aparato de suporte, como visto na periodontite, trauma oclusivo e periodontose. | 15 |
| Monilíase | Infecção por um fungo geralmente <i>C. albicans</i> . Usualmente é uma infecção superficial das áreas cutâneas úmidas do corpo, embora se torne mais grave em pacientes imunocomprometidos. Mais comumente compromete a pele (candidíase cutânea), mucosas orais (sapinho), esôfago (esofagite), trato respiratório (candidíase pulmonar) e vagina (candidíase vaginal, uma forma de vaginite). Raramente há uma infecção sistêmica ou endocardite. | 15 |
| Mordedura e/ou picada por animais peçonhentos | Mordeduras e/ou picadas infligidas por insetos ou por dentes de animais peçonhentos. | 15 |
| Mordedura/Arranhadura e/ou lambedura provocada por animais não peçonhentos | Mordedura/Arranhadura e/ou lambedura infligidas por insetos ou por dentes de animais não peçonhentos. | 15 |
| Moteamento | Consiste em descolorimento irregular ou desigual da pele, podendo aparecer áreas com combinações irregulares de tons de pele rosados, cinzento-azulados ou pálidos. O moteamento pode ocorrer devido a variações de distribuição da melanina cutânea e pode ser normal. Condições graves, como hipoxemia, hipovolemia ou choque, podem causar vasoconstrição intensa devida ao aporte irregular de sangue oxigenado à pele, provocando moteamento. | 3 |
| O Obstrução de vias respiratórias | Qualquer impedimento na passagem de ar para dentro ou para fora dos pulmões. | 15 |
| Odinofagia/Disfagia | Dificuldade na deglutição, sensação de dor ao engolir alimentos, ou seja, a dor ao deglutir. | 15 |

| | | | |
|----------|---|---|----|
| P | Parada Cardiorrespiratória - PCR | Cessação das batidas do coração ou contração miocárdica. Se tratado em alguns minutos, esta parada cardíaca pode ser revertida na maior parte das vezes ao ritmo cardíaco normal e circulação eficaz. | 15 |
| | Paralisia muscular | Paralisia, termo geral normalmente usado para descrever a perda grave ou completa da força muscular devido à doença do sistema motor desde o nível do córtex cerebral até a fibra muscular. Este termo também pode ocasionalmente se referir à perda da função sensorial. | 15 |
| | Parto em trânsito não assistido | Processo de nascimento de um ou mais filhos, em trânsito, não assistido. | 15 |
| | PEP | Profilaxia Pós-Exposição ao HIV. | 15 |
| | Perda auditiva | Termo geral para perda completa ou parcial da habilidade de ouvir de uma ou ambas as orelhas. | 15 |
| | Perda repentina da visão com ou sem história de trauma ocular há menos de 48 horas | Incapacidade de enxergar ou ausência da percepção visual. Esta afecção pode ser o resultado de doenças oculares, doenças do nervo óptico, doenças do quiasma óptico ou doenças cerebrais que afetam as vias visuais ou lobo occipital. Com ou sem história de trauma ocular há menos de 48 horas. | 15 |
| | Perfuração ocular | Furo ou perfuração no estroma da córnea, resultante de várias doenças ou trauma. | 15 |
| | Período expulsivo | Período final do trabalho de parto que vai da expulsão do feto até a expulsão da placenta. | 15 |
| | Período pós-ictal | A definição conceptual de período pós-ictal corresponde à condição clínica entre o fim de uma crise epilética e o retorno ao funcionamento de base, o que pode demorar de segundos a dias. No período pós-ictal verificam-se alterações motoras, cognitivas e comportamentais de acordo com o tipo de crise e das áreas cerebrais envolvidas. | 4 |
| | Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito | Sinais: alterações do organismo de uma pessoa que podem ser percebidas por meio do exame médico ou medidas em exames complementares. Não é necessário que o paciente relate o sinal, pois outra pessoa pode identificá-lo. É uma característica objetiva da doença. Ex.: febre, edema (inchaço), coloração da pele, arritmia. Sintomas: alterações do organismo relatadas pelo próprio paciente, de acordo com a percepção de sua saúde. Apenas a pessoa consegue identificá-los, não sendo possível outra pessoa diagnosticar. É uma característica subjetiva, pois depende da interpretação do próprio paciente. Ex.: dor, fome ou sede excessiva, fraqueza. Medicamento: forma farmacêutica acabada, contendo o princípio ativo ou fármaco, apresentado em variadas formas farmacêuticas: cápsula, líquido, comprimido, etc. | 12 |
| | Petéquias | Descoloração púrpura ou vermelho-amarronzada, facilmente visível através da epiderme, causada por hemorragia nos tecidos. Quando o tamanho da descoloração é maior do que 2 a 3 cm, é geralmente chamada de equimose. | 15 |
| | Priapismo | Ereção prolongada e dolorosa que pode durar horas, e não está associada com atividade sexual. | 15 |
| | Privação sensorial | A ausência ou restrição dos estímulos sensoriais externos usuais aos quais o indivíduo responde. | 15 |
| | Prurido difuso | Sensação de coceira intensa que produz a necessidade de friccionar ou coçar a pele para obter alívio. | 15 |

| | | |
|--|---|----|
| Ptose palpebral | Pálpebra superior pendente devido à paralisia ou desenvolvimento deficiente do músculo elevador da pálpebra. Pálpebras caídas. | 15 |
| Q Quadro psicótico | Quadro onde há perda dos limites do ego e um prejuízo acentuado do teste da realidade, com delírios ou alucinações proeminentes, ou um estado de excitação elevada com atividade excessiva, às vezes acompanhada de sintomas psicóticos. Podem haver sensações experimentadas subjetivamente na ausência de um estímulo apropriado, mas que são guardadas pelo indivíduo como se fossem reais, como alucinações auditivas de comando. | 15 |
| Queimadura | Traumatismos aos tecidos causados pelo contato com calor, fumaça, agentes químicos, eletricidade ou similares. | 15 |
| Queimadura elétrica/ choque elétrico | Queimaduras produzidas pelo contato com corrente elétrica ou de uma descarga súbita de eletricidade. | 15 |
| Queimadura solar | Traumatismo à pele, causando eritema, sensibilidade cutânea e algumas vezes formação de bolhas, resultante da exposição excessiva ao sol. A reação é produzida pela radiação ultravioleta na luz solar. | 15 |
| Queimadura solar com sinais de desidratação | Traumatismo à pele, causando eritema, sensibilidade cutânea e algumas vezes formação de bolhas, resultante da exposição excessiva ao sol. A reação é produzida pela radiação ultravioleta na luz solar. Associado ao sinais de desidratação que na criança são sonolência, fontanela deprimida, diminuição da diurese, mucosa ressecada, etc; No adulto são sonolência, diminuição da diurese, mucosa ressecada, prega cutânea, taquicardia, etc. | 15 |
| Queimaduras por agentes químicos | Queimaduras produzidas por agentes ácidos ou por bases e são capazes de causar, além do dano cutâneo ou no trato respiratório, alterações sistêmicas diversas. | 10 |
| R Relato de anafilaxia prévia | Relato de reação de hipersensibilidade aguda devido à exposição a antígeno. A reação pode incluir urticária rapidamente progressiva, sofrimento respiratório, colapso vascular e choque sistêmico. | 6 |
| Relato de ausência de movimentos fetais nas últimas 12h | Relato de ausência da atividade física do feto no útero, nas últimas 12h. Os movimentos (grandes ou muito pequenos) do corpo fetal podem ser monitorados pela mãe, palpação ou ultrassonografia. | 15 |
| Relato de constipação intestinal | Relato de evacuação difícil ou pouco frequente das fezes. Estes sintomas estão associados com várias causas, como baixa ingestão de fibra alimentar, distúrbios emocionais ou nervosos, transtornos sistêmicos e estruturais, agravo induzido por drogas e infecções. | 15 |
| Relato de crise convulsiva | Relato de distúrbios clínicos ou subclínicos da função cortical, devido à descarga súbita, anormal, excessiva e desorganizada de células cerebrais. As manifestações clínicas incluem fenômenos motores, sensoriais e psíquicos. Os ataques recidivantes são normalmente referidos como epilepsia ou "transtornos de ataques". | 15 |
| Relato de desorientação | Relato de confusão, distúrbios emocionais, falta da clareza de pensamento e desorientação da percepção. | 15 |
| Relato de diarreia | Relato de aumento na liquidez ou diminuição na consistência das fezes, como evacuação contínua. A consistência fecal está relacionada com a razão entre a capacidade de sólidos insolúveis para reter água e a água total, e não com o total de água presente. Diarreia é diferente de excesso de defecação ou massa fecal aumentada. | 15 |

| | | |
|--|---|----|
| Relato de diminuição dos movimentos fetais nas últimas 24h | Relato de diminuição da atividade física do feto no útero, nas últimas 24h. Os movimentos (grandes ou muito pequenos) do corpo fetal podem ser monitorados pela mãe, palpação ou ultrassonografia. | 15 |
| Relato de dor crônica | Sensação de dor que persiste por mais do que poucos meses. Pode ou não estar associada com trauma ou doença e pode persistir depois que a lesão inicial estiver cicatrizada. Sua localização, características e periodicidade são mais imprecisas do que as da dor aguda. | 15 |
| Relato de exposição a agentes biológicos | Relato de exposição a agentes biológicos potencialmente prejudiciais, que ocorre como resultado da ocupação profissional. | 15 |
| Relato de febre | Relato de elevação anormal da temperatura corporal, geralmente como resultado de um processo patológico. | 15 |
| Relato de Hemoptise | relato de expectorar ou cuspir sangue originário de qualquer parte do trato respiratório, geralmente oriundo de hemorragia no parênquima pulmonar (alvéolos pulmonares) e nas artérias brônquicas. | 15 |
| Relato de Inapetência | Relato de diminuição ou perda de apetite ou incapacidade para comer. | 15 |
| Relato de inconsciência | Relato de perda da capacidade em manter consciência de si próprio e do ambiente, combinados com uma resposta acentuadamente reduzida a estímulos ambientais. | 15 |
| Relato de interesse precoce em brincadeiras sexuais ou condutas sedutoras | Relato de tentativas frequentes de brincadeiras que possibilitem intimidades ou que reproduzem as atitudes do abusador com ela (e). | 25 |
| Relato de intoxicação | Relato de afecção ou estado físico produzido por ingestão, injeção, inalação ou exposição a um agente nocivo. | 15 |
| Relato de IST | Relato de infecções sexualmente transmitidas. | 15 |
| Relato de perda de líquido amniótico (bolsa rota) | Relato de perda de líquido pela vulva, transparente e de odor característico. | 11 |
| Relato de perda de líquido amniótico meconial | Relato de perda de líquido pela vulva, mucilaginoso, espesso e de cor variando entre amarelada e esverdeada. | 11 |
| Relato de polidipsia | Relato de sede excessiva manifestada por excesso de ingestão de líquidos. É característica de muitas doenças como Diabetes Mellitus, Diabetes insipidos e Diabetes insipido nefrogênico. A afecção pode ser psicogênica em sua origem. | 15 |
| Relato de poliúria | Relato de micção de um grande volume de urina com aumento na frequência urinária, geralmente observada em diabetes. | 15 |
| Relato de reação alérgica | Relato de reatividade alterada a um antígeno, podendo resultar em reações patológicas consequentes à exposição subsequente àquele antígeno particular. | 15 |
| Relato de refluxo gastroesofágico | Relato de Fluxo retrógrado de suco gástrico (ácido gástrico) e/ou conteúdos duodenais (ácido e sais biliares, suco pancreático) para dentro do esôfago distal, frequentemente devido à incompetência do esfíncter esofágico inferior. | 15 |

| | | |
|---|--|----|
| Relato de sangramento | Não se visualiza sinal indicativo algum de sangramento. | 16 |
| Relato de síncope | Relato de perda transitória da consciência e do tônus postural, causada por diminuição do fluxo sanguíneo ao cérebro. | 15 |
| Relato de transtorno mental | Relato de transtorno mental, de doenças psiquiátricas que se manifestam por rupturas no processo de adaptação expressas primariamente por anormalidades de pensamento, sentimento e comportamento, produzindo sofrimento e prejuízo do funcionamento. | 15 |
| Relato de trauma | Relato de danos infligidos no corpo como resultado direto ou indireto de uma força externa, com ou sem rompimento da continuidade estrutural. | 15 |
| Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa | Relato de uso de medicamentos, vacinas e insumos empregados no tratamento de sintomas relacionados à queixa, utilizados continuamente. | 8 |
| Relato de vômito | Relato de expulsão forçada de conteúdos do estômago através da boca. | 15 |
| Relato divergente | Os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazerem sentido com a história relatada. | 7 |
| Retenção urinária | Incapacidade para esvaziar a bexiga urinária com micção. | 15 |
| Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia | Triade de sintomas característicos do Meningismo - Afecção caracterizada por rigidez do pescoço, dor de cabeça e fotofobia (intolerância ao brilho da luz) sugestivos de irritação meníngea, porém sem inflamação real das meninges (Meningite). A pressão do líquido cefalorraquidiano pode estar elevada, porém o líquido cefalorraquidiano é normal. (Tradução livre do original: DeJong, The Neurologic Examination, 4th ed, p673) | 15 |
| Risco de conduta agressiva | Risco de comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque verbais ou físicos, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo. | 15 |
| Sangramento controlado | Medidas iniciais de contenção bem sucedidas. | 16 |
| Sangramento de mucosa | Sangramento ou escape de sangue, a partir de um vaso, em mucosa. O sangramento de mucosas e as manifestações hemorrágicas, como epistaxe, gengivorragia, metrorragia, hematêmese, melena, hematúria e outros. | 15 |
| Sangramento digestivo | Sangramento em qualquer segmento do trato gastrointestinal do esôfago até o reto. | 15 |
| Sangramento incontrolável | Refratário às medidas iniciais de contenção. | 16 |
| Sangramento pela cavidade oral, auditiva ou nasal | Sangramento ou escape de sangue, a partir de um vaso, pela cavidade oral, auditiva ou nasal. | 15 |
| Secreção | Substâncias endógenas produzidas pela atividade de células intactas de glândulas, tecidos ou órgãos. | 15 |
| Sensação de corpo estranho | Sensação de corpo estranho no local, qualquer objeto ou substância que inadvertidamente penetra o corpo ou suas cavidades. | 15 |

| | | |
|--|--|----|
| Sinais de alerta | Síncope ou pré-síncope; Alteração do nível de consciência/desorientação; Letargia; Vertigem; Fadiga; Palidez; Moteamento; Palpitações; Dor no peito; Alteração do estado mental, com confusão ou sonolência; Taquicardia; Bradicardia; Hipotensão; Taquipnéia; Dispneia; Bradipnéia; Fala entrecortada; Queda da saturação de oxigênio <95%; Uso da musculatura acessória; Batimento de asa de nariz; Tiragem intercostal e retração de fúrcula; Hálito cetônico; Sudorese; Convulsões ou coma; Pele fria; Pulso rápido e filiforme; e ou Respiração acelerada. | 15 |
| Sinais de choque | Choque: afecção manifestada por falha na perfusão ou oxigenação de órgãos vitais. Sinais de choque: pele pálida, fria e pegajosa, pulso fraco, respiração lenta e superficial, pressão arterial baixa, tonturas, sonolência, fraqueza, olhos sem brilho, com um olhar fixo e pupilas dilatadas. | 15 |
| Sinais de déficit neurológicos focais | Sintomas e sinais clínicos causados por disfunção ou lesão do sistema nervoso. Alguns dos problemas que envolvem o déficit neurológico focal são: perda de coordenação ou do controle dos movimentos mais complexos, perda da força, dificuldade para falar, alterações na visão e dificuldade para engolir. | 15 |
| Sinais de desidratação | Na criança: sonolência, fontanela deprimida, diminuição da diurese, mucosa ressecada, etc. No adulto: sonolência, diminuição da diurese, mucosa ressecada, prega cutânea, taquicardia, etc. | 15 |
| Sinais de embriaguêz | Sonolência, olhos vermelhos, soluços, desordem nas vestes, hálito etílico, arrogância, exaltação, ironia, fala alterada, desorientação no tempo e espaço e capacidade motora alterada. | 9 |
| Sinais de maus-tratos | Deve-se suspeitar de maus tratos sempre que houver qualquer achado sugestivo na história ou no exame físico: histórias divergentes, história de traumatismos frequentes progressos e até lesões perineais. | 21 |
| Sinais de sangramento | Sem medidas de contenção e com sinais de sangramento no momento. | 16 |
| Sinais inflamatórios | Processo patológico caracterizado por lesão ou destruição de tecidos, causada por uma variedade de reações químicas e citológicas. Geralmente se manifesta por sinais típicos de dor, calor, rubor, edema e perda da função. | 15 |
| Síndrome de abstinência | Sintomas fisiológicos ou psicológicos associados com abstinência do uso de uma droga, após administração ou hábito prolongado. O álcool pode causar Transtorno mental orgânico agudo, induzido pela cessação ou redução no consumo crônico da substância. Entre as características clínicas estão confusão, delusões, alucinações vívidas, tremor, agitação, insônia e sinais de hiperatividade autônoma (ex., aumento na pressão arterial e frequência cardíaca, pupilas dilatadas e diaforese). | 15 |
| Sintomas psicossomáticos | Os sintomas somáticos (ou somatoformes) são manifestados por queixas de sintomas físicos múltiplos sem etiologia identificável, presentes nos transtornos de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtorno conversivo, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício e os transtornos de sintomas somáticos especificados e os não especificados. // Transtornos somatoformes manifestados por queixas de sintomas físicos múltiplos que não podem ser explicados por quaisquer transtornos físicos detectáveis. | 5 |
| Sintomas psicóticos | Delírios (falsas crenças) e alucinações não auditivas de comando e visões, de conteúdo persecutório e/ou relacionados com a morte e/ou angustiantes. Outros sintomas incluem discurso incoerente ou sem sentido e comportamento impróprio para a situação. | 5 |

| | | |
|--|--|----|
| Suspeita de aborto | Suspeita de interrupção da gravidez pela morte do feto ou embrião, junto com os anexos ovulares. Pode ser espontâneo ou provocado. O feto expulso com menos de 0,5 kg ou 20 semanas de gestação é considerado abortado. | 15 |
| Suspeita de comportamento negligente dos responsáveis | Suspeita de omissão ou inobservância de cuidado necessário para evitar danos por parte dos responsáveis. | 15 |
| Suspeita de fratura fechada | Fratura em que um osso é fraturado, mas o paciente não tem perda de integridade da pele relacionada. | 1 |
| Suspeita de lesão por inalação de fumaça | Suspeita de Lesão pulmonar seguida à inalação de fumaça tóxica proveniente de materiais queimados, como plásticos, produtos sintéticos, materiais de construção, etc. Esta lesão é a causa mais frequente de morte em pacientes queimados. | 15 |
| Suspeita de Luxação | Uma luxação é a separação de dois ossos na articulação, resultado de uma alteração significativa dos ligamentos, que normalmente constituem sua estrutura de suporte e estabilidade. | 1 |
| Suspeita de luxação da mandíbula | Fratura de um osso próximo a uma articulação com concomitante deslocamento desta articulação do maior (e o mais forte) osso da face; constitui o maxilar inferior, que sustenta os dentes inferiores. | 15 |
| Taquicardia | Batimentos cardíacos anormalmente rápidos, geralmente com frequência cardíaca acima do valor de referência para idade. | 15 |
| Tentativa de suicídio | Um comportamento potencialmente autolesivo, associado a pelo menos alguma intenção de morrer por causa do ato. A evidência de que o indivíduo pretendia se matar, pelo menos até certo ponto, pode ser explícita ou inferida a partir do comportamento ou circunstância. Uma tentativa de suicídio pode ou não resultar em lesão real. | 6 |
| Tosse | Expulsão súbita e audível de ar dos pulmões através de uma glote parcialmente fechada precedida por inalação. É uma resposta protetora que serve para limpar a traqueia, brônquios e/ou pulmões de irritantes e secreções ou para prevenir a aspiração de materiais estranhos para dentro dos pulmões. | 15 |
| Tosse Persistente | Caracterizada por tosse paroxística que termina numa inspiração prolongada e estridente (tosse comprida). | 15 |
| Trabalho de parto | Contração uterina repetitiva durante o parto, associada com a dilatação progressiva do colo do útero. Um trabalho de parto bem sucedido resulta na expulsão do feto e placenta. O trabalho de parto pode ser espontâneo ou induzido. | 15 |
| Trauma | Danos infligidos no corpo como resultado direto ou indireto de uma força externa, com ou sem rompimento da continuidade estrutural. | 15 |
| Trauma de grande impacto | Quedas de alturas maior que 1,5 vezes a altura do paciente; Atropelamento; Colisões com veículos a mais de 30 Km/hora; Ejeção do paciente; Morte de um ocupante de veículo acidentado; Danos graves ao veículo; Capotamentos; e Ferimentos penetrantes de cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa. | 14 |
| Trismo | Contração espasmódica do músculo masseter resultando no fechamento forçado da mandíbula. Pode ser visto em uma variedade de doenças, incluindo tétano, como uma complicação de radioterapia, trauma ou em associação com neoplasias. | 15 |

| | | | |
|----------|------------------------------------|--|----|
| U | Ulceração | Lesão na superfície da pele ou superfície mucosa, produzida pela "lamaceira" de tecido necrótico inflamatório. | 15 |
| V | Veias varicosas | Veias dilatadas e tortuosas. | 15 |
| | Vertigem | Ilusão de movimento, tanto do mundo externo girando em volta do indivíduo ou do indivíduo girando no espaço. | 15 |
| | Vesícula/Bolha/ Pústula | Coleções líquidas; lesões de conteúdo líquido, podendo conter em seu interior serosidade, sangue ou pus. Vesículas são elevações circunscritas menores que 1cm, com conteúdo claro, seroso. Bolhas diferem-se das vesículas apenas pelo tamanho, que é maior que 1cm. Pústulas são as elevações de até 1cm, com conteúdo purulento. DECS: Vesículas são acúmulos visíveis de líquido dentro ou próximo da epiderme. | 24 |
| | Violência sexual | Qualquer violação dos códigos legais ou morais estabelecidos a respeito do comportamento sexual. Violência sexual: É o abuso de poder, no qual um indivíduo é usado para gratificação sexual de outro indivíduo, através da indução a práticas sexuais, com ou sem violência física. | 15 |
| | Visão dupla | Sintoma visual no qual um único objeto é percebido pelo córtex visual como dois objetos ao invés de um. Entre os transtornos associados com esta afecção estão erros de refração, estrabismo, doença do nervo oculomotor, doença do nervo troclear, doença do nervo abducente e doenças do tronco encefálico e lobo occipital. | 15 |
| | Vítima de agressão | Vítima de comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque, verbais ou físicas, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo. | 15 |
| | Vômito | Expulsão forçada de conteúdos do estômago através da boca. | 15 |
| Z | Zumbido | Sintoma não específico de transtorno auditivo, caracterizado pela sensação de zumbido, tocar de sino, clique, pulsações e outros ruídos na orelha. O zumbido objetivo refere-se aos ruídos gerados de dentro da orelha ou de estruturas adjacentes que podem ser ouvidas por outros indivíduos. O termo zumbido subjetivo é usado quando o som é audível apenas no indivíduo afetado. O zumbido pode ocorrer como manifestação de doenças cocleares, doença do nervo vestibulococlear, hipertensão intracraniana, trauma craniocerebral e outras afecções. | 15 |

Fontes Glossário:

1. ACS (2018).
2. ADA (2014).
3. AHA (2021b).
4. Azevedo e Pinto (2021).
5. Baldaçara *et al.* (2018).
6. Baldaçara *et al.* (2021).
7. Brasil (2001c)
8. Brasil (2004b).
9. Brasil (2008).
10. Brasil (2012a).
11. Brasil (2012b).
12. Brasil (2015c).
13. Brasil (2016b).
14. Brasil (2016c).
15. DeCS (2022).
16. Elaborado pelos autores
17. ICF (2001).
18. INCA (2022).
19. Kumar; Abbas; Fausto (2010).
20. Lenhardt (2016).
21. Lopes; Eisenstein; Williams (2013).
22. Mendes; Wandalsen; Solé (2012).
23. Osiro (2012)
24. Prado e Gelbcke (2013).
25. Ribeirão Preto (2021)
26. Silva (2012).
27. Sousa (1997)
28. Studart Neto *et al.* (2022).
29. Szpilman (2019).

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). **Advanced Trauma Life Support (ATLS)**. 7. ed. Chicago, IL: ACS, 2007.
- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (ACS). **Advanced Trauma Life Support: student course manual**. 10. ed. Chicago, IL: ACS, 2018.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes: 2014. **Diabetes Care**, [s. l.], v. 37, Supl. 1, p. S14-S80, jan. 2014.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Advanced Life Support (ALSP): provider manual**. Texas, US: AHA, 2021a.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Pediatric Advanced Life Support (PALS): provider manual**. Texas, US: AHA, 2021b.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS). **Falta de ar**. Tradução Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e Valéria Maria Augusto. Brasília, DF: SBPT, [202-?]. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/falta-de-ar/#:~:text=A%20%20falta%20de%20ar%20%20C3%A9,-falta%20de%20ar%20%20C3%A9%20dispneia>. Acesso em: 1 jul. 2022.
- AZEVEDO, P.; PINTO, A. S. **Estado Pós-Ictal: A propósito de um caso clínico**. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, v. 27, n. 1, 2021. Disponível em: <https://revista.psiquiatria-cl.org/index.php/rpcl/article/view/160>. Acesso em: 4 Nov. 2022.
- AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol Epidemiol.**, [São Paulo], v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.
- BALDAÇARA L. *et al.* Emergências Psiquiátricas. Guanabara Koogan, 2ª Edição, 2018.
- BALDAÇARA, L. *et al.* Brazilian Psychiatric Association guidelines for the management of suicidal behavior: part 1: risk factors, protective factors, and assessment. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 43, n. 5, p. 525-537, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/cmpMjxk5QTgVfxk7G-zTysZN/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 oct. 2022.
- BARBOSA, S.; DAL SASSO, G. T. M. **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem: módulo VI: linha de cuidado nas urgências/emergências clínicas respiratórias e metabólicas**. Florianópolis: UFSC; PPGE, 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342938/mod_resource/content/2/Módulo%20VIII%20LINHA%20DE%20CUIDADO%20NAS%20URGÊNCIAS%20e%20EMERGÊNCIAS%20Traumatológicas.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes brasileiras de hipertensão: 2020. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x55156.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022.
- BORRI, F. C. Avaliação e tratamento da dor em neonatos: protocolo de manejo da dor. **Revista Interdisciplinar em Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 8-51, 2018.
- BORTOLOTTI, L. A. *et al.* Crises hipertensivas: definindo a gravidade e o tratamento. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 254-259, set. 2018.
- BOURDIEU, P. La distinction. Paris, FR: **Les Éditions de Minuit**, 1979.
- BOURDIEU, P. A economia das trocas simbólicas. São Paulo: **Perspectiva**, 1987.
- BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm. Acesso em: 26 jul. 2022.
- BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen,

1987. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: PR, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000**. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2000a.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2000b.

BRASIL. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: MS, 2001a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

BRASIL. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001**. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, DF: MS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, DF, 2001c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002a.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF: MS, 2002b.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília, DF: MS, 2003a.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 16 jun. 2023b.

BRASIL. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2004a.

BRASIL. **Glossário do Ministério da Saúde**: projeto de terminologia em saúde. Brasília, DF: MS, 2004b.

BRASIL. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705, de 16 junho de 2008**. Altera a Lei no 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília, DF: PR, 2008.

BRASIL. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: MS, 2009. (Série B. textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Gestão de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2010.

BRASIL. **Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras**. Brasília, DF: MS, 2012a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. **Gestão de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: MS, 2012b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF: MS, 2013a.

BRASIL. **Manual instrutivo da rede de atenção às urgências e emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: MS, 2013b.

BRASIL. **Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013**. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2013c.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: PR, 2015a.

BRASIL. **Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos**. Brasília, DF: MS, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cartilha para a promoção do uso racional de medicamentos. Brasília : Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016a.

BRASIL. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, DF: MS, 2016b.

BRASIL. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2016c.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em: 13 jul. 2022.

BRASIL. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília, DF: MS, 2017c. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 5 jul. 2022.

BRASIL. **Linha de cuidado do adulto com hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: MS, 2021.

BRASIL. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde: DATASUS**. Brasília, DF: MS, 2022a. Disponível em <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. **Escala de coma de Glasgow**. Brasília, DF: MS, 2022b. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-\(AVC\)-no-adulto/glasgow](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/acidente-vascular-cerebral-(AVC)-no-adulto/glasgow). Acesso em: 1 jul. 2022.

BRENNAN, P. M.; MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury: part 1: the gcs-pupils score. **Journal Of Neurosurgery**, [s. l.], v. 128, n. 6, p. 1612-1620, jun. 2018. Disponível em: <https://thejns.org/view/journals/j-neurosurg/128/6/article-p1612.xml>. Acesso em: 25 jun. 2022.

BUSSOTTI, E. A.; GUINSBURG, R.; PEDREIRA, M. da L. G. Cultural adaptation to brazilian portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr) scale of pain assessment. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 4, p. 651-659, ago. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9cvLjk5YBbBz49cbZJjQzTL/?lang=en>. Acesso em: 13 maio 2022.

CAMPOLINO, M. A. **Adaptação do protocolo de acolhimento com classificação de risco implanta-**

do nas unidades de pronto atendimento de Florianópolis: construção coletiva. 2019. Dissertação (Mestrado em [Enfermagem]) - Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215241?show=full>. Acesso em: 1 jul. 2022.

CANO, M. V.; BARBOSA, H. de F. Alta a pedido contra indicação médica sem iminente risco de morte. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 147-155, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241116>. Acesso em: 15 out. 2022.

COCCHIARELLA, L.; ANDERSSON, G. **Guides to the evaluation of permanent impairment**. 5. ed. [S. l.]: American Medical Association, [2001].

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em áreas públicas ou privadas, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: Cofen, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 5 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 514, de 5 de maio de 2016**. Aprova o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente. Brasília, DF: Cofen, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html. Acesso em: 5 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 661, de 9 de março de 2021**. Atualiza e normatiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação da Equipe de Enfermagem na atividade de Classificação de Risco. Brasília, DF: Cofen, 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-661-2021_85839.html. Acesso em: 5 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.077, de 16 de setembro de 2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Brasília, DF: CFM, 2014a. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 5 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 2.110, de 19 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência, em todo o território nacional. Brasília, DF: CFM, 2014b. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2014/2110_2014.pdf. Acesso em: 5 maio 2022.

DALRI, M. C. B. *et al.* **Curso de especialização em linhas de cuidado em enfermagem: módulo VIII: linha de cuidado nas urgências/emergências traumatológicas**. Florianópolis: UFSC; PPGE, 2013. Disponível em: <https://unasus2.moodle.ufsc.br/course/view.php?id=61>. Acesso em: 12 abr. 2022.

DAL SASSO, *et al.* Grace Teresinha Marcon. **Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Linha de cuidado nas urgências/emergências cardíaco e neurovasculares**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2013.

Descritores em Ciências da Saúde: **DeCS**. *. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2022. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 jun. 2022.

ESTEVE, R. *et al.* Development and initial validation of the activity patterns scale in patients with chronic pain. **J Pain.**, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 451-461, apr. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26724275/>. Acesso em: 26 jun. 2022.

FERREIRA, C. S. W. **Os serviços de assistência às urgências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar**. 1999. Dissertação (Mestrado em [Medicina?]) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FIGUEIRA, A. I. R.; AMARAL, G. M. M. da S.; CARMO, T. I. G. do. Evaluación y registro del dolor en el

- servicio de urgencias: un estudio transversal. **Enfermería: Cuidados Humanizados**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. e2712, 2022.
- GARCIA-ZAPATA, M. T. A.; SOUZA JÚNIOR, E. S. de. Aspectos fisiopatológicos da febre nas doenças infecto-parasitárias. **Universitas: Ciências da Saúde**, [s. l.], v. 4, n. 1/2, p. 111-117, 2006.
- GISMONDI, R. **Conheça novas recomendações da diretriz AHA/ACC 2018 sobre bradicardia**. [S. l.]: PEBMED, 2018. Disponível em: https://pebmed.com.br/conheca-novas-recomendacoes-da-diretriz-aha-acc-2018-sobre-bradicardia/?utm_source=artigoportal&utm_medium=copytext. Acesso em: 15 jul. 2022.
- GOSMANOV, A. R.; NEMATOLLAHI, L. R. Cetoacidose diabética. **BMJ Best Practice**, [s. l.], [p. 1-2], 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/162>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- HCOR. Associação Beneficente Síria. **Protocolo de dor**. São Paulo: HCOR, 2021. Disponível em: <https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/17-Protocolo-de-dor.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2022.
- HERMIDA, P. M. V. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em unidade de pronto atendimento: estudo avaliativo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 52, p. e03318, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/3kNRDN79CfsvBXwDFMBMGWd/?lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2022.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, WONG D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. [S. l.]: Elsevier, 2014.
- HORTA, W. de A. Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas. **Enf. Novas Dimensão**, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 133-136, 1979.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP) (org.). **Atlas da violência 2019**. Brasília, DF: Ipea; FBSP, 2019.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP) (org.). **Atlas da violência 2020**. Brasília, DF: Ipea; FBSP, 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Tipos de câncer: câncer infantojuvenil**. Câncer infantojuvenil. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-infantojuvenil>. Acesso em: 25 jul. 2022.
- KAUFMAN, J.-C. **Ego: pour une sociologie de l'individu**. Paris, FR: Nathan, 2001.
- KRUG, E. G. *et al.* (ed.). **World report on violence and health**. Geneva, SW: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf. Acesso em: 21 jul. 2022.
- KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia –. Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
- LAMBERTUCCI, J. R.; ÁVILA, R. E. de; VOIETA, I. Febre de origem indeterminada em adultos. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, [s. l.], v. 38, n. 6, p. 507-513, dez. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822005000600012>. Acesso em: 28 jul. 2022.
- LANSANG, M. C.; ZHOU, K. Gerenciamento da glicemia em pacientes hospitalizados. **BMJ Best Practice**, [s. l.], [p. 1-2], 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1086>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- LEGRAND, M. *et al.* Management of severe thermal burns in the acute phase in adults and children. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 253-267, 2020.
- LENHARDT, Luana Adamy *et al.* Hemorragia digestiva baixa. *Acta méd.(Porto Alegre)*, p. [7]-[7], 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883007/26-hemorragia-digestiva-baixa.pdf>

- LIMA, K. M. S. G. *et al.* Importância do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergências. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12249-12257, set./out. 2020.
- LOPES, M. C. B. T. *et al.* Analgesia em pacientes de trauma no serviço de emergência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [s. l.], v. 9, p. e26, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34502>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. de F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, [s. l.], v. 65, n. 2, p. 297-303, abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/R4DYP85J8HNrYcty7D-ZYdgG/?lang=pt>. Acesso em: 18 maio 2022.
- MARINS, M. da R.; SCHUENGUE, N. **Quando verificar a pressão arterial em crianças, como fazer e avaliar os valores?** [S. l.]: PEBMED, 2022. Disponível em: <https://pebmed.com.br/quando-verificar-a-pressao-arterial-em-criancas-como-fazer-e-avaliar-os-valores/#:~:text=Posterior%20a%20coloca%C3%A7%C3%A3o%20do%20manguito,do%20n%C3%ADvel%20de%20PAS%20estimado>. Acesso em: 15 jul. 2022.
- MARTINEZ, Gabriel *et al.* Fratura exposta: abordagem na emergência. In: **Medicina de emergência: abordagem prática [15. ed.]**. Manole, 2021.
- MAUNSELL, R. M.; DI FRANCESCO, R. C. **Estridor no bebê: quando avaliar e intervir**. In: **Recomendações - Atualização de Condutas em Pediatria**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), 2017. (Folhetos). Disponível em: https://www.spsp.org.br/site/asp/recomendacoes/Rec82_Otorrino2.pdf. Acesso em: 4 nov. 2022
- MENDES, A. I. S., WANDALSEN, G. F., & SOLÉ, D.. (2012). Avaliações objetiva e subjetiva da obstrução nasal em crianças e adolescentes com rinite alérgica. *Jornal De Pediatria*, 88(5), 389–395. <https://doi.org/10.2223/JPED.2213>.
- MIRANDA, C. A. *et al.* Opinião de enfermeiros sobre instrumento de atendimento sistematizado a paciente em emergência. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 396-407, 2012.
- MORRAY, J. P. *et al.* Coma scale for use in brain-injured children. **Critical Care Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 12, p. 1018-1020, dez. 1984. Disponível em: https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/1984/12000/Coma_scale_for_use_in_brain_injured_children.2.aspx. Acesso em: 9 jul. 2022.
- MOURA, M. D. R. de *et al.* Hipertensão arterial na gestação: importância do seguimento materno no desfecho neonatal. **Comun. Ciências Saúde**, [s. l.], p. [113-120], 2011.
- NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 6. ed. Mosby, MS: [s. n.], 2007.
- NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS (NAEMT). **Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.
- NILSON, L. G. **Introdução ao acolhimento**. Florianópolis: UFSC, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14864/1/Apostila_Introdução%20ao%20Acolhimento_%20Número%20Telessaude%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 1 jul. 2022.
- OSIRO, Katsumi. Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária. In: FIDALGO, Thiago Marques *et al.* **Caso Complexo Vila Santo Antonio**. 2012. Universidade Federal de São Paulo - UNASUS/UNIFESP. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/180>
- PARK, S. *et al.* Managing fever in adults with possible or confirmed COVID-19 in primary care. **Centre for Evidence Based Medicine**, [s. l.], [p. 1-3], mar. 2020. Disponível em: <https://cebm.net/covid-19/>. Acesso em 1 jun. 2022.
- PIRES, P. S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS)**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

- PIZARRO, R. **La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina**. Santiago, CH: CEPAL, 2001. (Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, n. 6).
- PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.
- PRADO, Marta Lenise do; GELBCKE, Francine Lima (Org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. rev. e ampl. Florianópolis: UFSC, 2013. 547 p. ISBN 9788588612495.
- PUTTANNA, A.; KAR, P. Diabetes do tipo 2 em adultos. **BMJ Best Practice**, [s. l.], [p. 1-2], 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/24>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Protocolo de atenção integral à saúde da criança e do adolescente**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2021.
- ROSSANEIS, M. A. *et al.* Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 13, n. 4, p. 648-56, 2011.
- SANTA CATARINA. Deliberação 336/CIB/14, de 24 de agosto de 2014. Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES, 2014a. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/deliberacoes-cib/deliberacoes-2014-cib?limit=20&limitstart=180>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- SANTA CATARINA. Portaria SES nº 124, de 24 de fevereiro de 2014. 2014b.DOE/SC nº19.770, p.02 de 05 de Março de 2014.
- SANTA CATARINA. Portaria SES nº 15 de 04 de abril de 2022. 2022a .DOE/SC nº 21.750, p.24 de 12 de Abril de 2022.
- SANTA CATARINA. Portaria SES nº 633 de 28 de abril de 2022. 2022b.DOE/SC nº 21.803-A, p.54 de 01 de Julho de 2022.
- SANTOS, E. *et al.* (org.). Febre sem sinais localizatórios. In: SCHVARTSMAN, B. G. S. (org.). **Pronto socorro: coleção pediatria do Instituto da Criança do hospital das clínicas da FMUSP**. 2. ed. Barueri: Manole, 2013. p. 441-453.
- SANTA CATARINA. Portaria SES nº 881 de 24 de agosto de 2022. 2022c.DOE/SC nº 21.844, p.14 de 26 de Agosto de 2022.
- SANTA CATARINA. Deliberação 138/CIB/2022, de 16 de novembro de 2022.2022d. Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/deliberacoes-cib/deliberacoes-2014-cib?limit=20&limitstart=180>. Acesso em: 26 jul. 2022.
- SANTA CATARINA. Deliberação 335/CIB/2023, de 27 de julho de 2023. Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2023/21625-335-27-07-deliberacao-335cib-2023-novo/file>.
- SANTOS, E. H.; CASTRO, I. R. S.; RONDINELLI, M. C. Anexo D: diretriz clínica para gerenciamento/gestão da dor. In: SOUSA, P.; MENDES, W. **Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: CDEAD; ENSP; Editora FIOCRUZ, 2019. p. 482-490.
- SANTOS, J. C. Traumatismo cranioencefálico no Brasil: análise epidemiológica. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. e6000014, 2020.
- SCHECHTER, N. L. *et al.* Report of the consensus conference on the management of pain in childhood cancer. **Pediatrics**, [s. l.], v. 86, n. 5, p. 818-834, nov. 1990.
- SILVA, J. A. da *et al.* Abordagem diagnóstica das doenças exantemáticas na infância. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 10-19, 2012.
- SMELTZER, S. C. *et al.* **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2019-2020**. São Paulo: Editora Clannad, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manejo da febre aguda**: documento científico. [S. l.]: SBP, 2011. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23229e-DC_Manejo_da_febre_aguda_SITE.pdf. Acesso em: 18 jul. 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Hipertensão arterial na infância e adolescência**: manual de orientação. [S. l.]: SBP, 2019. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21635c-MO_-_Hipertensao_Arterial_Infanc_e_Adolesc.pdf. Acesso em: 8 jul. 2022.

SOUSA, SJ de F e. Doenças oculares externas. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 30 de março de 1997 [citado 25 de abril de 2023];30(1):52-5. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/812>

SOUSA, K. K. C. de. A criança com febre sem foco. In: GOMES, F. S. *et al.* (org.). **Manual de urgências e emergências em pediatria**. Salvador: Sanar, 2018. p.153- 157.

SOUSA, M. V. V. de (org.). **Coleção de manuais para enfermagem**: terapia intensiva, urgência e emergência e segurança do paciente. Salvador: Sanar, 2019. 2 v.

STUDART NETO, A. *et al.* **Medicina de emergência**: abordagem prática. 16. ed. Santana do Paraíba: Manole, 2022.

SZPILMAN, D. **Afogamento**: manual resumido de emergências aquáticas: 2019. [S. l.]: Sobrasa, 2019. Disponível em: http://www.sobrasa.org/new_sobrasa/arquivos/baixar/Manual_de_emergencias_aquaticas.pdf. Acesso em: 3 jun. 2022.

TANNURE, M. C. **SAE**: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TEASDALE, G. **Escala de coma de Glasgow**: avalie da seguinte forma. [S. l.]: GCS, 2015. Disponível em: <https://glasgowcomascale.org/downloads/GCS-Assessment-Aid-Portuguese.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2022.

UMPIERREZ, G. Estado hiperosmolar hiperglicêmico. **BMJ Best Practice**, [s. l.], [p. 1-2], 2022. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/1011>. Acesso em: 26 jul. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of functioning, disability and health (ICF)**. Geneva, SW: WHO, 2001.

Crédito Ilustrações e Imagens: Freepik e AdobeStock

ISBN 978-856252223-9



9

788562

522239