3ª Edição

SANTA CATARINA

2026



PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR)

GOVERNO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA DA SAÚDE

SUS

PROTOCOLO CATARINENSE DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (PCACR)

Governador do Estado de Santa Catarina

Jorginho dos Santos Mello

Secretário 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 Regina Landt Simioni

Comissão do Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco

Coordenador Geral: Marcos Antônio Fonseca

Coordenadora Grupo Técnico: Emanuella Soratto da Silva

Coordenador do Grupo Operativo: Maria Bráulia de Souza Pôrto Fares

Representantes da Comissão (Titulares e Suplentes)

Superintendência de Urgência e Emergência (SUE): Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (GEAPF): Emanuella Soratto da Silva, Maria Bráulia de Souza Pôrto Fares 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): Valdenesio Kuster e Elaine Cristina Nascimento. Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS): Lívia 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, Aline Piaceski Arceno, 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 Fernanda Regueira Breda, Maurino Gomes, Miguel Angelo Accetta, Monique Meneses de Aguiar D'avila, 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 e Kamila Soratto da Silva

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) / Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Urgência e Emergência ; [Coordenador geral Marcos Antônio Fonseca ; Coordenadora grupo técnico Emanuella Soratto da Silva; Coordenadora de grupo operativo Maria Bráulia de Souza Pôrto Fares]. – 3. ed.. – Florianópolis : SES/SC, 2026.

190 p. ; il. color.

ISBN 978-85-62522-28-4

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. Silva, Emanuella Soratto da. III. Fares, Maria Bráulia de Souza Pôrto. 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 37
Figura 2 - Imagem da Página Inicial do Glossário 38
Figura 3 - Sequência Mnemônica Indicativa para Pacientes Traumatizados 42
Figura 4 - Identificando a Medida da Circunferência do Braço 50
Figura 5 - Imagem Ilustrativa de Como Aferir a Pressão Arterial 52
Figura 6 - Aspectos a Serem Avaliados na Dor 63
Figura 7 - Escala Visual Analógica (EVA) 64
Figura 8 - Escala de FACES 64
Figura 9 - Regra dos Nove - Wallace e Pulaski 70
Figura 10 - Regra de Lund-Browder 71

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Padrão de Identificação de Risco x Tempo de Atendimento 24
Quadro 2 - Sugestões de Adequação Considerando a Preferência de Atendimento nas Emergências Hospitalares e UPAs 33
Quadro 3 - Parâmetros a Serem Avaliados na Classificação de Risco 41
Quadro 4 - ECG Adulto e ECG Modificada para Pediatria 44
Quadro 5 - Escala de Coma de Glasgow por Prioridade de Atendimento 45
Quadro 6 - Valores Pressóricos no Adulto por Prioridade de Classificação de Risco 47
Quadro 7 - Situações que Requerem Medida da PA Antes de 3 Anos de Idade 47
Quadro 8 - Pressão Arterial Dentro da Normalidade em Pediatria 48
Quadro 9 - Definição de Hipotensão por PAS e Idade 48
Quadro 10 - Valores Pressóricos na Gestante por Prioridade de Classificação de Risco 49
Quadro 11 - Dimensões do Manguito de Acordo com a Circunferência do Membro 50
Quadro 12 - Arritmias Cardíacas por Prioridade de Classificação de Risco no Adulto 54
Quadro 13 - Frequência Cardíaca (bpm) Normal Pediátrica por Idade: 54
Quadro 14 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO_2 no Adulto por Prioridade de Classificação .. 57
Quadro 15 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO_2 na Criança e Adolescente por Prioridade de Classificação 57
Quadro 16 - Frequência Respiratória Normal por Idade, Recomendada para Pediatria 58
Quadro 17 - Variações da Tax na Criança, no Adolescente e no Adulto por Prioridade de Classificação 61
Quadro 18 - Escala de FLACCr 65
Quadro 19 - Escala de Dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) 66
Quadro 20 - Valores Glicêmicos por Prioridade de Classificação 68
Quadro 21 - Porcentagem da Área Corporal Queimada por Idade Conforme a Regra de Lund-Browder 71
Quadro 22 - Objeto de notificação compulsória, segundo tipologia da violência 75

LISTA DE ABREVIATURAS

ACCR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACS	*American College Of Surgeons*
ADA	*American Diabetes Association*
AHA	*American Heart Association*
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	*Advanced Trauma Life Support*
ATS	*American Thoraci Society*
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
CRU	Central de Regulação das Urgências
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	*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised*
FR	Frequência Respiratória
GEAPF	Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo
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
MMSS	Membros superiores
MS	Ministério da Saúde
mvm	Movimentos Ventilatórios por Minuto
NEU	Núcleo de Educação em Urgência
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NIPS	*Neonatal Infant Pain Scale*
NT	Não Testável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de 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	*Prehospital Trauma Life Support*
POP	Procedimento Operacional Padrão
RN	Recém-Nascido
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SaO_2	Saturação de Oxigênio
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SBV	Suporte Básico de Vida

SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCQ	Superfície Corporal Queimada
SES	Secretaria do Estado da Saúde
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 15

2 Conselhos de Classe Frente ao Acolhimento com Classificação de Risco 19

3 Protocolo Catarinense de Acolhimento com Classificação de Risco (PCACR)..... 21

3.1 Ambiência da Sala de Acolhimento com Classificação de Risco..... 22

3.2 A Utilização do PCACR 23

3.3 Padrão de Identificação do Risco x Tempo de Atendimento..... 23

3.4 PCACR e seus indicadores..... 25

3.4.1 Tempo médio de espera, em minutos, por período, para o ACCR 26

3.4.2 Taxa de classificações por prioridade na unidade de urgência e emergência beneficiária 26

3.4.3 Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade do PCACR 27

3.4.4 Taxa de atendimentos de prioridade baixa e mínima na unidade de urgência e emergência beneficiária 27

3.4.5 Taxa de usuários que foram reclassificados pelo classificador de risco 28

3.4.6 Taxa de assertividade da classificação de risco 28

4 Fluxo de Atendimento para ACCR nas Portas de Entrada dos Serviços de Urgência e Emergência 31

4.1 Admissão e Classificação de Risco por Demanda Espontânea 31

4.2 Admissão e Classificação de Risco no Atendimento Pré-Hospitalar (APH) Móvel 31

4.2.1 Pacientes Estáveis 32

4.2.2 Pacientes Graves e ou Instáveis 32

4.3 Prioridades Estabelecidas em Lei e Sua Adequação ao PCACR 32

5 Emergência Obstétrica 35

6 Metodologia do PCACR 37

7 Evolução de Enfermagem 39

8 Parâmetros a Serem Avaliados na Classificação de Risco 41

8.1 O Risco de Morte, Ausência ou Instabilidade de Sinais Vitais 41

8.2 Avaliação do Nível de Consciência 42

8.2.1 Passos para Utilizar a ECG Corretamente 45

8.3 Alteração da Pressão Arterial 46
8.3.1 Valores Pressóricos no Adulto 46
8.3.2 Valores Pressóricos na Criança e no Adolescente 47
8.3.3 Valores Pressóricos na Gestante 48
8.3.4 Procedimento para Aferição da Pressão Arterial e Suas Considerações para Adultos, Adolescentes e Crianças 49
8.4 Alteração do Ritmo Cardíaco 51
8.5 Alteração do Padrão Respiratório 54
8.6 Avaliação da Temperatura 58
8.7 Avaliação da Dor 62
8.7.1 Escala Visual Analógica (EVA) 63
8.7.2 Escala de Faces 64
8.7.3 Escala de dor FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) 65
8.7.4 Escala de dor Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) 66
8.8 Alteração Glicêmica 66
8.8.1 Procedimento de Aferição da Taxa Glicêmica por Equipamento de Hemoglicoteste (HGT) 69
8.9 Queimadura 70
8.10 Fatores de Risco e Vulnerabilidade 72
FLUXOGRAMAS ADULTO 77
FLUXOGRAMAS PEDIÁTRICOS 119
GLOSSÁRIO 163
REFERÊNCIAS 181

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, 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 a pud 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 (HERMIDA e t 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 estabeleceu 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 CA-

TARINA, 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 n° 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 n° 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 novembro de 2022 no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), na UPA Continente (Florianópolis), no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ) e 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 na 2ª Edição do PCACR.

Em 27 de março de 2025 a CIB, por meio da Deliberação nº 120/2025, resolve definir, conforme adesão do gestor/prestador, o 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 UPAs, revogando a Deliberação CIB nº 138/2022 e a Deliberação CIB nº 335/2023 (SANTA CATARINA, 2023; SANTA CATARINA, 2025).

O PCACR é revisado sistematicamente por uma comissão, conforme a Portaria SES nº 454 de 27 de março de 2025, que tem como objetivo revisar, atualizar, implementar e monitorar a atualização de diversos fluxogramas devido a alterações de referências científicas, para apreciação das unidades beneficiárias, gestores, leitores e pesquisadores.

A 3ª edição do PCACR que lançamos aqui representa um avanço significativo na organização e qualificação do atendimento, incorporando atualizações baseadas em evidências científicas, na experiência prática dos serviços de saúde e nas diretrizes mais recentes de atenção às urgências e emergências. Esta versão aprimora critérios clínicos, fluxos assistenciais e níveis de prioridade, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, padronização dos processos e tomada de decisão mais ágil e precisa pelos profissionais. Assim, o protocolo reafirma o compromisso da Superintendência de Urgência e Emergência (SUE) e a Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (GEAPF) com a equidade, a eficiência e a humanização do cuidado, fortalecendo a resposta dos serviços às diferentes necessidades de saúde da população.

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) nº2.077/2014, que dispõe sobre a normatização e o funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, e a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº2.079/2014, que dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) 24h, tornam obrigatória a implantação do ACCR para atendimento dos pacientes nestes serviços. Destacam, 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, serão classificados no nível de cor azul, 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 as Unidades Básicas de Saúde estiverem fechadas, 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, consequentemente, 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 (2004b, 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, 2004b, 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 prévia da SES e cumpra os requisitos técnicos para a implantação, e tenha realizado as capacitações previstas para os enfermeiros classificadores oferecidas pela SES.

O PCACR foi desenvolvido pela SES/SC, portanto sem custos para as unidades beneficiárias. Em contrapartida, as unidades beneficiárias necessitam adotar princípios básicos e mecanismos de controle quanto a aplicabilidade do PCACR e seus indicadores, como a criação de uma comissão interna dentro da unidade de Emergência Hospitalar e da UPA para que atue como multiplicadora do PCACR e monitore os indicadores, e que viabilize a implantação com seu sistema de informação em saúde.

As unidades beneficiárias não podem alterar o PCACR sem autorização expressa da SES/SC. Quando for identificada qualquer necessidade de alterações, a unidade beneficiária deverá encaminhar a sugestão fundamentada cientificamente para a GEAPF, por meio do endereço eletrônico <geapf.apoio@saude.sc.gov.br>, que discutirá a proposta de revisão junto a Comissão Técnica do PCACR a qual, se julgar necessário, fará as devidas mudanças no Protocolo.

Ressalta-se que o PCACR constitui documento oficial, devidamente registrado (ISBN) e com conteúdo inalterável. Fica expressamente vedada qualquer modificação, reprodução ou adaptação sem a prévia e expressa anuência da comissão responsável, devendo toda e qualquer citação, menção ou utilização do documento observar, obrigatoriamente, as normas da ABNT para referência bibliográfica.

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 um dos indicadores de qualidade e segurança no atendimento ao paciente no ACCR que abordaremos no próximo tópico, 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, o recomendado pelo PCACR, é 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).

3.4 PCACR e seus indicadores

O PCACR tem seu conteúdo baseado em evidências científicas e um rigoroso processo de construção. Além disso, o sucesso de sua implantação é multifatorial, pois depende do conhecimento, da capacitação dos profissionais e do acompanhamento e monitoramento de sua implementação segundo as métricas pré-estabelecidas. Esse monitoramento deve ser sistemático, com foco na análise de indicadores e na tomada de decisões para ajustes de desvios e alcance dos desfechos e resultados esperados (PIMENTA *et al*, 2015).

O PCACR é um protocolo que possui indicadores próprios, e para avaliar a qualidade e efetividade de sua implantação na unidade beneficiária alguns destes indicadores podem ser monitorados por meio de Painéis Business Intelligence (BI) do PCACR disponível no site do Centro de Informações Estratégicas para a Gestão do Sistema Único de Saúde de Santa Catarina (CIEGES/SC), cujos dados são disponibilizados a partir da captação de produção conforme ocorre a utilização do aplicativo web do PCACR pela unidade beneficiária. Outros indicadores podem ser obtidos por meio do sistema de informação próprio da unidade beneficiária.

> O CIEGES/SC, instituído pela Portaria SES n° 710 de 01 de agosto de 2023, é um ambiente de inteligência e gestão de saúde com capacidade para estruturar, organizar e disseminar informações estratégicas para subsidiar o processo de tomada de decisão da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) catarinense e disponibilizar o acesso à informação em saúde para a população. Está disponibilizado através do link: <https://cieges.saude.sc.gov.br>.

A unidade beneficiária deverá trabalhar o ACCR em sua Comissão Obrigatória de Verificação de Prontuários, ou por intermédio da implantação de uma Comissão de ACCR na unidade beneficiária, com o objetivo de emitir, avaliar e acompanhar os indicadores do PCACR com a equipe responsável pelo sistema de informação da unidade beneficiária.

Essa comissão irá conduzir a avaliação periódica dos processos de trabalho referentes ao ACCR e o alcance dos indicadores do PCACR, para então, propor ações para melhoria e/ou adequações destes processos para o período subsequente. Ressalta-se a importância dos profissionais médicos e enfermeiros desta comissão serem capacitados como Multiplicadores no curso de capacitação do PCACR. Indica-se, também, a avaliação periódica do profissional classificador.

Os indicadores obtidos pelo sistema de informação em saúde da unidade beneficiária poderão ser solicitados pela GEAPF, com o objetivo de monitorar a implantação do PCACR pela SES/SC. Esse relatório deverá abordar o alcance ou não das metas e métricas do PCACR, com justificativas, descrição das ações já realizadas e programas para melhoria dos processos de trabalho, quando necessário.

Apresentamos a seguir os indicadores do PCACR:

3.4.1. Tempo médio de espera, em minutos, por período, para o ACCR

- **Meta:** Alcançar o tempo máximo de até 15 minutos entre o cadastro do usuário na entrada da emergência até o seu ACCR.
- **Conceituação:** Indicador que permite a avaliação do tempo alvo para o acolhimento com classificação de risco, recomendado de até quinze (15) minutos pelo PCACR. É recomendado que o paciente aguarde o mínimo de tempo para o acolhimento, afinal todo paciente pode ser considerado prioridade máxima até ser classificado.
- **Fórmula:** Total de tempo da entrada dos pacientes na unidade de urgência e emergência até seu Acolhimento com Classificação de Risco/Total de pacientes que foram classificados.
- **Interpretação:** Como um indicador no atendimento ao paciente no ACCR, temos o tempo estimado para a classificação de risco. É recomendado que o paciente aguarde o mínimo de tempo para o acolhimento, e no máximo 15 minutos, pois 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, o recomendado pelo PCACR, é que seja aberta uma nova sala de acolhimento com classificação de risco, com mais um enfermeiro, para segurança do paciente, já que este é o tempo de espera máximo para o atendimento do paciente classificado em prioridade alta.

3.4.2. Taxa de classificações por prioridade na unidade de urgência e emergência beneficiária

- **Meta:** Monitorar o perfil de gravidade dos atendimentos por prioridade por período.
- **Conceituação:** Indicador que permite monitorar e quantificar o perfil de gravidade dos pacientes classificados por prioridade do PCACR nas portas de urgência e emergência.
- **Fórmula:** Número de usuários da urgência e emergência classificados por prioridade no PCACR/ Número total de atendimentos na urgência e emergência x 100 = %
- **Interpretação:** Apresenta a proporção de atendimentos em cada prioridade, para identificação do perfil, necessidade de recursos e organização do fluxo de pacientes.

3.4.3. Tempo médio de espera, em minutos, por período, até o atendimento médico, segundo prioridade do PCACR

- **Meta:** Alcançar o tempo de atendimento segundo prioridade definida pelo PCACR para o atendimento médico, por período.
- **Conceituação:** A identificação do risco ocorrerá por meio da classificação do risco de acordo com o estabelecido no PCACR por tipo de prioridade e a sua cor correspondente e específica na prioridade máxima, alta, média, baixa e mínima, permitindo um atendimento rápido e seguro. O tempo de espera para o primeiro atendimento na emergência é um indicador relevante para avaliação da qualidade do serviço, pois é fundamental que os pacientes obtenham atendimento em tempo hábil, de acordo com a sua necessidade e classificação de risco. O tempo de espera para o atendimento médico se dará de acordo com a classificação de risco.
- **Fórmula:** Total de tempo de espera, em minutos, até o atendimento médico, para pacientes com classificação de prioridade "X"/Total de pacientes que foram classificados em prioridade "X".
- **Interpretação:** Mensuração do tempo médio decorrido desde o acolhimento com classificação de risco a avaliação inicial por um médico para todos os pacientes na unidade de urgência e emergência. O resultado do indicador representa a média do tempo de espera até o primeiro atendimento médico. Quanto menor a média, melhor.

3.4.4. Taxa de atendimentos de prioridade baixa e mínima na unidade de urgência e emergência beneficiária

- **Meta:** Articular com os serviços de contra-referência os atendimentos de prioridade baixa e mínima.
- **Conceituação:** Indicador que permite quantificar os atendimentos de prioridade baixa e mínima nas portas de urgência e emergência (atenção secundária e terciária), para traçar estratégias de contrarreferência para a atenção primária.
- **Fórmula:** Número de usuários da urgência e emergência classificados em prioridade baixa e mínima conforme o PCACR/ Número total de atendimentos na urgência e emergência x 100 = %
- **Interpretação:** Quanto menor este indicador, menor a procura de atendimentos de baixa complexidade nas portas de urgência e emergência, e por consequência as portas de urgência e emergência estarão direcionando seu atendimento ao paciente crítico.

3.4.5. Taxa de usuários que foram reclassificados pelo classificador de risco

- **Meta:** Atingir 100% de reavaliação de usuários com tempo alvo da prioridade vencido (não alcançado) ou com piora dos sintomas.
- **Conceituação:** Indicador que evidencia a quantidade de usuários que foram reclassificados (reavaliados) pelo classificador de risco, por solicitação de reavaliação por piora dos sintomas, ou pelo tempo de espera após a classificação ser maior do que aquele que foi estabelecido no PCACR. Identifica se os classificadores de risco estão reavaliando usuários.
- **Fórmula:** Número de usuários que foram reclassificados pelo classificador de risco/ Total de usuários classificados x 100 = %
- **Interpretação:** O acolhimento com classificação de risco é dinâmico, 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 PCACR. Portanto, quanto maior a taxa de pacientes reavaliados por piora dos sintomas e/ou por tempo vencido para atendimento médico, melhor é a efetividade da gestão da classificação e dos classificadores.

3.4.6. Taxa de assertividade da classificação de risco

- **Meta:** Alcançar taxa de assertividade de 80 a 90% da classificação de risco
- **Conceituação:** Indicador que evidencia a assertividade da classificação de risco pelo classificador, incluindo o registro com os itens mínimos necessários, a escolha do fluxograma e descritor de acordo com o registro e a assertividade da escolha de acordo com o quadro clínico e o desfecho dos usuários. Esse indicador é analisado a partir de uma avaliação retrospectiva de prontuários, por amostragem, que deve ser estratificada por cada profissional classificador e por cada prioridade de classificação. O tamanho da amostragem pode ser definido por cálculo de significância de amostras, e recomenda-se utilizar uma taxa de confiabilidade de 95% e taxa de erro de 5%.
- **Fórmula:** Número de classificações de risco com registros do atendimento e assertividade da classificação de risco conforme o PCACR/ Número total da amostragem utilizada x 100 = %
- **Interpretação:** Quanto maior este indicador, maior a assertividade do PCACR e, por consequência, permite a avaliação da qualidade e segurança da assistência prestada pelo ACCR. Indica-se metas entre 80 e 90%.

A qualidade e a segurança da classificação de risco por meio deste protocolo dependem do fator humano, da sua escuta qualificada, da sua capacitação permanente e outros fatores cognitivos de desenvolvimento de raciocínio clínico, os quais qualificam o profissional para classificação de risco, seguindo os critérios estabelecidos no protocolo. Um processo de classificação de risco adequado deve evitar uma superclassificação - onde ao paciente é atribuída uma classificação em prioridade de maior criticidade do que a real necessidade - ou uma subclassificação do paciente - onde atribui-se uma classificação em prioridade inferior à verdadeira urgência. Uma superclassificação pode sobrecarregar o sistema priorizando pacientes de baixa complexidade além de poder acarretar em desperdício de recurso, e uma subclassificação pode ocasionar agravamento do quadro clínico pelo maior tempo de início do atendimento, gerando risco ao paciente (COSTA, *et al*, 2020).

Nesse cenário, o PCACR destaca a importância do monitoramento do processo de ACCR e seus indicadores, além de educação permanente dos profissionais envolvidos e planejamento de estratégias e melhorias necessárias no fluxo do paciente na unidade de urgência e emergência, a partir das métricas dos indicadores de classificação de risco.

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 consiste na assistência prestada a pacientes acometidos por agravos agudos de qualquer natureza, previamente à sua chegada a uma unidade de saúde de referência. Este serviço é executado por equipes multidisciplinares que operam em unidades móveis sob a coordenação de uma Central de Regulação das Urgências (CRU), abrangendo a estabilização no local da ocorrência e o transporte assistido.

No âmbito público, o serviço é primordialmente representado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192, contando com o suporte complementar de instituições como o Corpo de Bombeiros Militar e a Polícia Rodoviária Federal, além da atuação de entes privados, como concessionárias de rodovias etc.

As modalidades de atendimento são definidas pela composição das equipes, protocolos institucionais e complexidade dos veículos utilizados (SANTA CATARINA, 2021):

- **Suporte Básico de Vida (SBV) –** Veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, desde que não classificados com potencial necessidade de intervenção médica imediata. A tripulação é composta por 02 (dois) profissionais - 01 (um) motorista-socorrista e 01 (um) técnico de enfermagem, equipados com insumos e medicações definidos pelos protocolos dos respectivos serviços.

- **Suporte Avançado de Vida (SAV) –** Veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares ou transferências inter-hospitalares que exijam cuidados médicos intensivos. A tripulação é composta por 03 (três) profissionais - 01 (um) motorista-socorrista, 01 (um) enfermeiro emergencista e 01 (um) médico emergencista, e deve obrigatoriamente contar com equipamentos médicos e suporte tecnológico necessários para intervenções complexas em ambiente terrestre, aéreo ou aquático.

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.

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 duas normas utilizam o termo “prioridade” e para que este não se confunda com a prioridade dada a partir do critério da situação clínica, aplica-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.: idoso, 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 emergências obstétricas apresenta especificidades inerentes ao ciclo gravídico-puerperal. Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), as maternidades são unidades de média e alta complexidade que oferecem assistência integral à mulher e ao recém-nascido. Tais instituições operam como portas de entrada para urgências e emergências ginecológicas e obstétricas , com funcionamento ininterrupto (24 horas).

Embora as edições iniciais do PCACR direcionassem seu uso em portas de entrada de urgência e emergência geral, a Comissão Técnica do PCACR revisou esse entendimento. Atualmente, sua implantação é facultativa nas portas das maternidades, visando ampliar o acesso a uma assistência humanizada, segura e qualificada, em conformidade com os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

Esta atualização decorreu de solicitações decorrentes das Maternidades de Santa Catarina para a implantação do PCACR. A adesão ao protocolo foi impulsionada por dois fatores principais:

- **Eficiência operacional**: a integração do PCACR aos sistema de informação em saúde facilita o registro e monitoramento de indicadores assistenciais.
- **Alinhamento técnico**: o PCACR guarda estrita consonância com as diretrizes do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Obstetrícia do MS (Brasil, 2017c).

O PCACR é estruturado para identificar precocemente situações críticas no processo gravídico-puerperal. Configura-se como uma ferramenta estratégica de suporte ao enfermeiro classificador, permitindo a priorização do atendimento com base em evidências científicas. O objetivo central é assegurar uma resposta rápida e segura, proporcionando o manejo adequado conforme o potencial de risco de cada paciente.



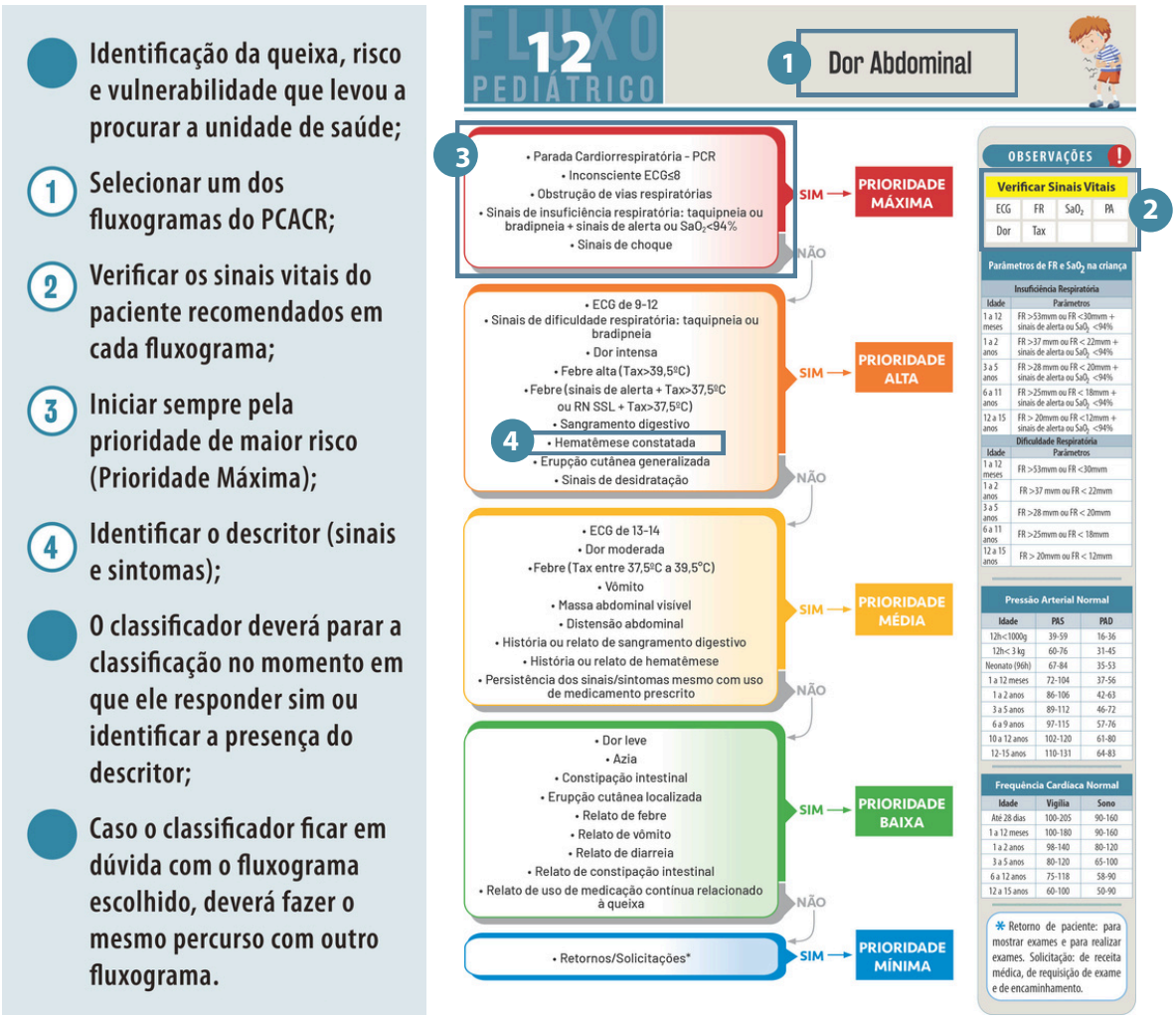
6. Metodologia do PCACR

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 par 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



Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

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 237 descritores referenciados, na sua grande maioria (76,4%), 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 (23,6%). 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.
Afogamento grau 1	Afogamento sem sinais de dificuldade respiratória.
Afogamento grau 2 e 3	Afogamento com sinais de dificuldade respiratória.
Afogamento grau 4, 5 e 6	Afogamento com sinais de insuficiência respiratória ou PCR (grau 6).
Afonia	Perda completa da fonação devido à doença orgânica da laringe ou a causas não orgânicas.
Agitação psicomotora	Sentimento de agitação associado com atividade motora elevada. Pode ocorrer como uma manifestação de toxicidade do sistema nervoso ou outras afecções.
Agressão	Comportamento que pode ser manifestado por ações destrutivas e de ataque, verbais ou físicas, por atitudes dissimuladas de hostilidade ou por obstrucionismo.
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.
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.
Angioedema	Inchaço envolvendo a derme profunda, tecidos subcutâneos, ou submucoso, representando um edema localizado. O angioedema frequentemente ocorre na face, lábios, língua e laringe.
Ansiedade	Sensação ou emoção de pavor, apreensão e desastre iminente.
Anticoncepção pós- coito	Meios de intervenção pós-coito para evitar a gravidez, como a administração de anticoncepcitivos pós-coito para impedir a fertilização de um ovo ou implantação de um óvulo fertilizado (implantação do óvulo fecundado).
Artralgia	Dor na articulação.

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 como 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 idoso;
- 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, os quais estão listados 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 O 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, 2022a).

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, 2022a).

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)

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 (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 Sousa (2020).

8.2.1 Passos para Utilizar a ECG Corretamente

Segundo o Brasil (2022a) 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 2022a).

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 (Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 180 e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg) associa da 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, Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) e Outras Drogas (BORTOLOTTO 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 ≥180 mmHg e/ou PAD ≥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 (BORTOLOTTO *et al*., 2018).

O PCACR considera que os pacientes com PA (PAS ≥160 mmHg ou PAD ≥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:

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

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<90mmHg ou PAM < 70mmHg	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 Sociedade Brasileira de Pediatria (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	• Prematuros <32 semanas • Muito baixo peso ao nascer • Cateterismo umbilical • Outras complicações no período neonatal requerendo internação em UTI
Doenças Cardíacas	• Cardiopatia congênita (corrigida ou não)
Doenças Renais	• ITU de repetição • Hematúria ou proteinúria • Doença renal conhecida • Malformação urológica • História familiar de doença renal congênita
Transplantes	• Órgãos sólidos • Medula óssea
Outros	• 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 a 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 desapareci mento 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 que 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 ≥160 mmHg e/ou PAD/≥100 mmHg	Prioridade Alta
PAS ≥140 mmHg e/ou PAD/≥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

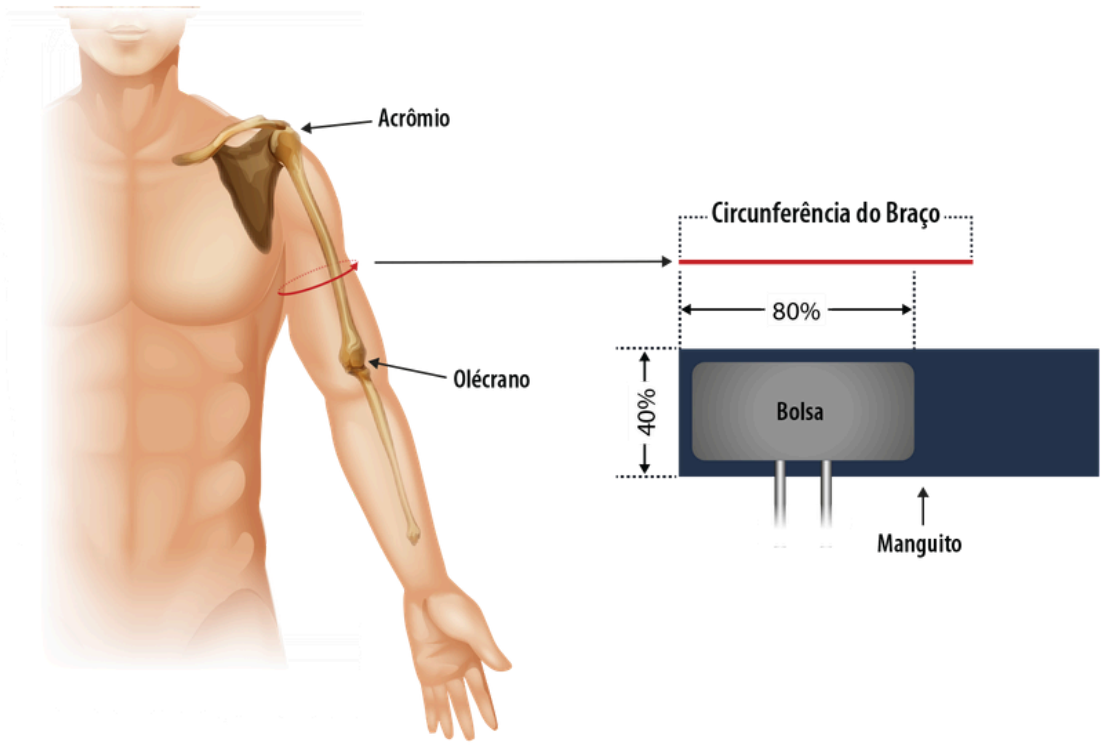
DIMENSÕES DO MANGUITO DE ACORDO COM A CIRCUNFERÊNCIA DO MEMBRO			
Circunferência do braço (cm)	**Denominação do manguito**	**Largura do manguito (cm)**	**Comprimento do manguito (cm)**
≤ 6	Recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto Pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto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

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

Na criança, um dos cuidados iniciais para selecionar o manguito ideal é medir a circunferência 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 (BARROSO, 2020).

Figura 4 - Identificando a Medida da Circunferência do Braço



Fonte: Barroso (2020).

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;

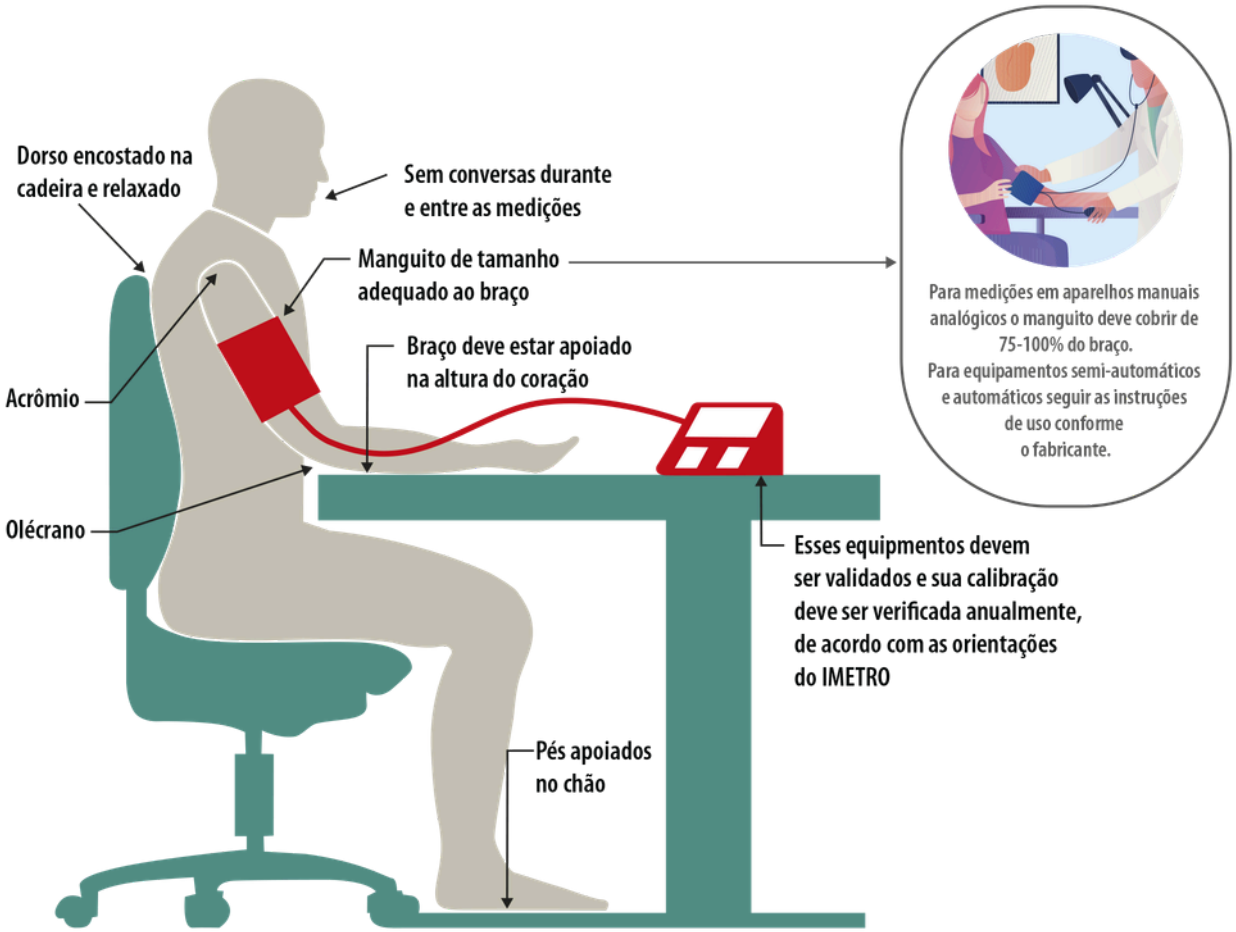
15. Realizar pelo menos duas medições, com intervalo em torno de um minuto. Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes. Caso julgue adequado, considere a média das medidas;

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 Medir 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 Pulmo-

nar, como os distúrbios eletrolíticos, intoxicação digitálica, 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 batimento por minuto (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 3 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

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 hidroeletrolíticos, 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 consequentemente intervir, de modo a propi-

ciar 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 entrecortadas, queda da Saturação de Oxigênio (SaO_2) <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 CO_2 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 (SaO_2):** A SaO_2 avalia a proporção da hemoglobina a qual há O_2 ligado. Existe maneira invasiva (gasometria arterial) e não invasiva (oximetria de pulso), e não invasiva (oximetria de pulso), para mensurar a SaO_2. Os valores considerados normais não são bem estabelecidos, assim como os limiares fidedignos para hipóxia tecidual, porém considera-se normal o valor da SaO_2 >95% em repouso. Nos pacientes hipoxêmicos crônicos, por exemplo com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), o limiar pode ser menor (SaO_2 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, 2017).

Quadro 14 - Parâmetros de Sinais de FR e SaO_2 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 SaO_2 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 a 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, 2021)

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)

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, 2021).

A medição da temperatura axilar (Tax) com termômetro digital é recomendada em crianças com menos de 4 semanas de idade em todos os contextos, e a medição da temperatura axilar com termômetro digital ou com termômetro infravermelho (timpânico ou

com ou sem contato com a pele), em ambiente hospitalar ou ambulatorial, é recomendada em crianças com mais de 4 semanas de idade (SBP, 2025).

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.

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, 2021).

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, 2021).

> 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).

Segundo a SBP (2025) a febre na criança é definida quando a **Tax** ultrapassa 37,5°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;
- SaO_2 < que 95% em ar ambiente;
- Palpitações;
- Dor no peito;
- Pulso fino/arrítmico.

A febre é um sinal de alerta, pois pode estar relacionada à neutropenia febril que é considerada uma emergência médica potencialmente fatal e levar à infecção generalizada (sepse). Desde 2018, existe uma iniciativa mundial para identificar precocemente os pacientes com eventos febris e tratá-los em tempo hábil: Projeto "Hora Dourada". A ida ao hospital deverá ocorrer de forma imediata, após a identificação da febre. Isso porque, o início da antibioticoterapia nestes casos deverá ser o mais rápido possível. A administração precoce do antibiótico está relacionada a uma menor mortalidade em crianças em tratamento quimioterápico (KLIEGMAN *et al*, 2020; BRASIL, 2017; MIRANDA, 2022).

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

VARIAÇÕES DA TAX NA CRIANÇA, NO ADOLESCENTE E NO ADULTO POR PRIODIDADE DE CLASSIFICAÇÃO				
VARIAÇÕES DA TEMPERATURA	**CRIANÇA E ADOLESCENTE**	**ADULTO**	**PRIORIDADE DE CLASSIFICAÇÃO**	
Febre em Paciente Imunossuprimido	≥ 37,5°C	> 37,8°C	Prioridade máxima	
Hipotemia	< 35,5°C	< 35,5°C	Prioridade alta	
Febre Alta	>39,5°C ou sinais de alerta + >37,5°C ou RN sem sinais localizatórios (SSL) + >37,5°C	>39,6°C ou 37,8°C a 39,5°C + sinais de alerta	Prioridade alta	
Febre	37,5°C a 39,5°C	37,8°C a 39,5°C	Prioridade média	
Normalidade	36°C a 37,5°C	36°C a 37,7°C	Prioridade baixa	

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2021) orienta, ainda, que o profissional observe a frequência cardíaca em batimentos por minuto (bpm), frequência respiratória, avalie o tempo de enchimento capilar, se atentar para o grau de hidratação, além de analisar a atividade e responsividade do paciente aos estímulos. O manejo inicial da criança com febre, em muitos casos é impossível identificar o foco febril. Segundo o documento, essa situação é conhecida como febre sem sinais localizatórios (FSSL) e pode ser definida como ocorrência de febre com menos de 7 dias de duração em uma criança em que a história clínica e o exame físico não revelaram a causa. O que é considerado uma emergência.

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;
- Recompor 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)

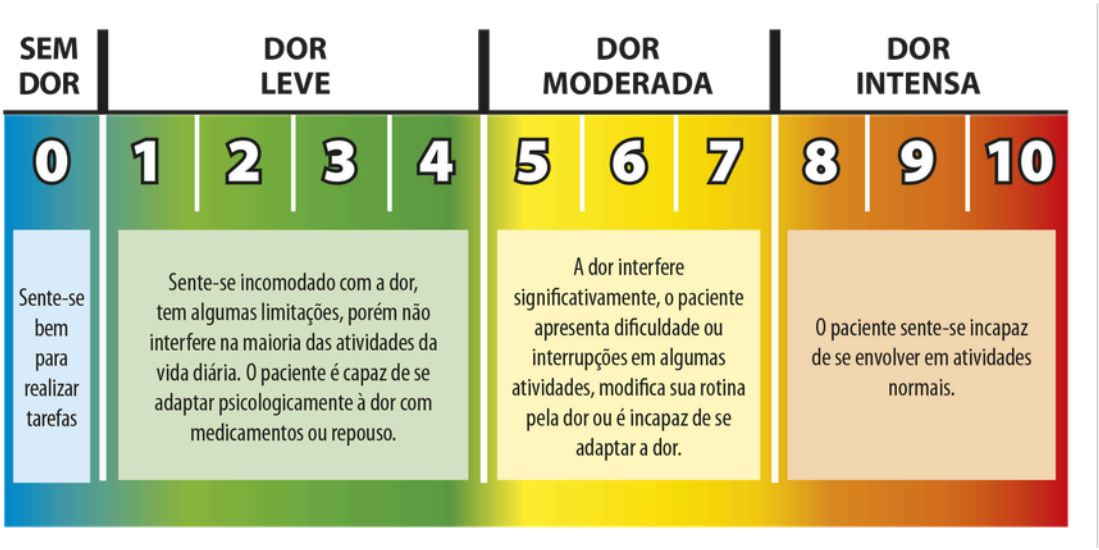
A EVA, uma escala para crianças acima de 6 anos e adultos alfabetizados sem limitações cognitivas, consiste numa linha graduada dividida em onze partes iguais. O profissional de saúde explica ao paciente de modo que a nota 0 (zero) significa que o paciente não sente nenhuma dor e a nota 10 significa 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 mes-

mo 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 álgica. 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, Wilson e Wong (2014).

8.7.3 Escala de dor FLACC (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).

Quadro 18 - Escala de FLACCr

ESCALA DE FLACC			
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			
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. **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. **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. **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.			
© 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).

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).

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	Relaxados, algum movimento ocasional	Diferente da basal I	
Braços	Relaxados, algum movimento ocasional	Fletidos ou estendidos	
Pernas	Relaxada	Fletidos ou estendidos	
Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável / Inquieto	

Fonte: Hockenberry, Wilson e Wong (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 significante <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 (2022), 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, trans-

tornos alimentares e depressão (PUTTANNA; ZAR, 2022; UMPIERREZ, 2022; GOSMANOV; NE MATOLLAHI, 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
Hiperglicemia	55 - 70 mg/dL	Prioridade alta
Hipoglicemia	>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; GOSMA NOV; 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 antissepsia 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):

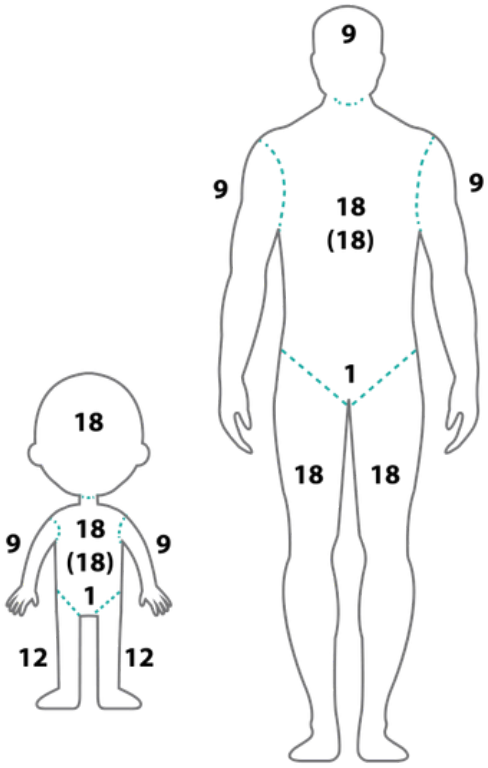
> As queimaduras são lesões decorrentes de agentes (tais como a energia térmica, química ou elétrica) capazes de produzir calor excessivo que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular (BRASIL, 2012a, p. 5).

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).

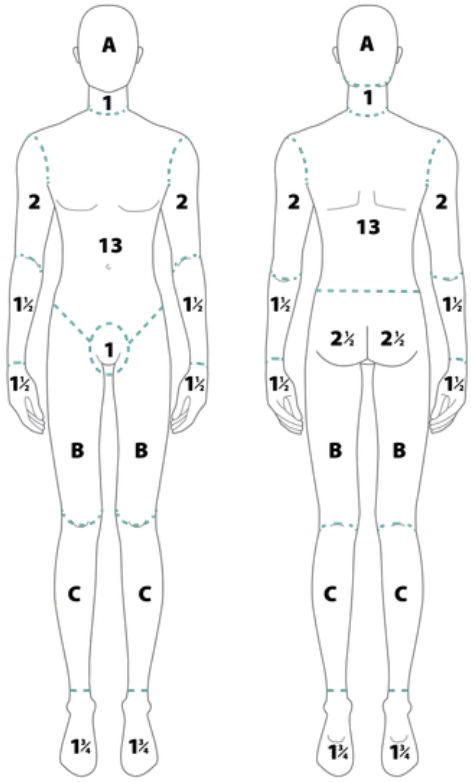
Figura 9 - Regra dos Nove - Wallace e Pulaski



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 (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 DAS ÁREAS 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).

O 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

A violência é um fenômeno que causa impacto na sociedade independente das condições sociais, idade, cor ou raça. É reconhecida desde 1993 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) como um problema de saúde pública, pois afeta a qualidade de vida da população. Segundo a OMS, consiste no "uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

A violência interpessoal/autoprovocada representa sérios problemas de saúde pública e segurança, com impactos profundos na vida das pessoas e nas comunidades. A compreensão dessas formas de violência é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e intervenção. Estudos mostram que a violência pode ter múltiplas origens e manifestar-se de diversas formas, impactando negativamente a saúde dos pacientes (WHO, 2021; SCHOFIELD et al., 2020).

O termo **violência interpessoal** foi adotado para designar a situação relacional em que há uso intencional da força física ou do poder, real ou na forma de ameaça, de uma pessoa contra outra, destacando a intencionalidade do ato violento (WHO, 2017).

Segundo o conceito adotado pelo MS a **violência autoprovocada/autoinfligida** compreende a ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídios, ou seja, nos casos em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio (Brasil, 2016). Embora sejam eventos diferentes, é oportuno classificar violência autoprovocada em **autoagressão**. Segundo a OMS (2002; 2009) a autoagressão ocorre quando há a intenção de se ferir sem intenção suicida consciente, podendo ocorrer de forma superficial e moderada (como arranhaduras, cortes e mordidas) ou mais graves (como amputação de membros e autocegueira).

A violência é um fenômeno complexo que afeta indivíduos de todas as idades, raças e classes sociais, e suas consequências para a saúde pública são profundas. No estado de Santa Catarina o atendimento às pessoas em situação de violência representa um desafio significativo para os serviços de saúde, exigindo a implementação de estratégias que garantam a assistência

adequada, a proteção das pessoas em situação de violência e a eficácia dos processos assistenciais.

Apesar da existência de diretrizes internacionais para o enfrentamento das diversas formas de violência, é fundamental adaptá-las ao contexto local para garantir sua aplicabilidade e efetividade. No Brasil, e particularmente em Santa Catarina, persistem desafios significativos relacionados à formação dos profissionais de saúde, à implementação de protocolos padronizados e à superação de barreiras culturais e institucionais (DINIZ; MEDEIROS, 2018; SILVA et al., 2021; SOUZA et al., 2022). No Brasil, as causas externas (acidentes e violências) permanecem entre os principais problemas de saúde pública. Em 2024, corresponderam à quarta causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório, as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório, totalizando 159.534 mortes. Entre essas causas, destacam-se os homicídios (25,0%) e os acidentes de trânsito (24,0%). Além disso, as causas externas configuram-se como a principal causa de morte entre homens de 1 a 49 anos, evidenciando a magnitude e a gravidade desse conjunto de agravos no país (BRASIL, 2026).

No que se refere especificamente aos óbitos por violência, dados recentes reforçam a persistência de padrões estruturais de desigualdade e vulnerabilidade. O Atlas da Violência (IPEA, 2025), ao analisar 47.463 homicídios ocorridos entre 2013 e 2023, evidenciou que 35,0% das mulheres assassinadas em 2023 morreram em suas próprias residências, indicando forte associação com a violência doméstica. Esses dados corroboram análises produzidas por pesquisadores da área, que caracterizam a violência contra as mulheres como uma "epidemia invisível", responsável por ferir e matar milhares de mulheres no Brasil. Tal cenário reforça a necessidade de fortalecer as respostas institucionais do sistema de saúde, especialmente nos serviços de urgência e emergência, que frequentemente constituem o primeiro ponto de contato dessas mulheres com a rede de proteção e cuidado. A gestão da violência nas instituições de saúde do estado é impactada por essas lacunas, o que exige uma abordagem integrada, intersetorial e territorializada para dar conta da complexidade do fenômeno.

Nesse contexto, os serviços de saúde que integram a Rede de Atenção às Urgências (RUE) desempenham papel estratégico na identificação precoce e no atendimento oportuno às pessoas em situação de violência. Considerando que muitas dessas situações chegam aos serviços de urgência e emergência como porta de entrada do SUS, torna-se fundamental que o acolhimento e a avaliação inicial sejam capazes de reconhecer não apenas a gravidade clínica imediata, mas também os aspectos sociais, psicológicos e de proteção envolvidos nesses casos. A organização do atendimento por meio do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) constitui uma ferramenta essencial para qualificar o acesso e priorizar o cuidado de acordo com a vulnerabilidade e a urgência apresentada pelo usuário (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2017).

No âmbito das violências interpessoais e autoprovocadas, a classificação de risco deve considerar critérios ampliados de avaliação, que ultrapassam a dimensão estritamente biomédica. Situações como violência sexual, agressões físicas graves, tentativa de suicídio, ide-

ação suicida ou sofrimento psíquico intenso demandam reconhecimento imediato pelos profissionais de saúde, uma vez que podem representar risco iminente à vida ou à integridade física e psicológica da vítima. Assim, protocolo assistenciais utilizados nos serviços de urgência orientam que essas situações sejam classificadas como prioritárias, garantindo atendimento ágil, acolhimento qualificado e ativação de fluxos assistenciais específicos, incluindo articulação com a rede de atenção psicossocial, proteção social e demais serviço da rede de cuidado (Brasil, 2016; Brasil, 2018).

A incorporação da classificação de risco no atendimento às pessoas em situação de violência fortalece a capacidade do SUS de responder a esse agravo de forma integral e humanizada. Além de orientar a priorização do atendimento, esse processo contribui para a identificação de situações de maior vulnerabilidade para o adequado registro e para a notificação dos casos atendidos nos serviços de saúde. No Brasil, a violência interpessoal e autoprovocada integra a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, conforme estabelecido pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, e consolidado na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017, que determina a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados atendidos em serviços públicos e privados de saúde (Quadro 22). Esse processo de notificação, realizado principalmente por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), constitui importante ferramenta para o monitoramento epidemiológico e para a formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência..

Assim, a notificação das violências também é respaldada por dispositivos legais que reforçam a responsabilidade dos serviços de saúde na proteção das vítimas e na articulação com a rede de cuidado e proteção social. Destaca-se a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que institui a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Dessa forma, a articulação entre a classificação de risco, o registro e a notificação dos casos fortalece a resposta institucional do SUS, qualificando a assistência, ampliando a visibilidade epidemiológica das violências e favorecendo a integração entre os setores da saúde, da assistência social, da segurança pública e do sistema de justiça.

É importante destacar que, a notificação é compulsória independentemente do tipo ou da natureza da violência, para os seguintes grupos:

- **Crianças e adolescentes, de 0 a 19 anos, conforme definido pela OMS;**
- **Mulheres de todas as idades;**
- **Pessoa idosa, com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos.**

Quadro 22 - Objeto de notificação compulsória, segundo tipologia da violência

Caso suspeito ou confirmado de **violência autoprovocada / autoinfligida**	Caso suspeito ou confirmado de **violência interpessoal***		Caso suspeito ou confirmado de **violência coletiva**
	Doméstica/intrafamiliar	**Extrafamiliar/comunitária**	
Praticada contra si mesmo, sendo objeto de notificação as autoagressões e as tentativas de suicídio.	Praticada entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente	Aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos, praticada contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.	Inclui grupos políticos, organizações terroristas, milícias.
A ideação suicida **NÃO** é objeto de notificação compulsória, mas requer ações de atenção integral à saúde. Já os suicídios serão notificados por meio da Declaração de Óbito.		**NÃO** é objeto de notificação a violência extrafamiliar cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino (por ex. brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras).	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016. *Inclui a violência física, psicológica/moral, sexual, financeira/econômica, a tortura, o tráfico de seres humanos, a negligência/abandono, o trabalho infantil e a intervenção legal.

Diante da complexidade e da magnitude das violências como problema de saúde pública, torna-se fundamental que os serviços de saúde estejam preparados para reconhecer, acolher e responder adequadamente às necessidades das pessoas em situação de violência. Nesse sentido, a organização do atendimento na RUE, associada ao acolhimento qualificado e a classificação de risco, constitui estratégia essencial para garantir acesso oportuno, cuidado humanizado e identificação precoce de situações de maior vulnerabilidade. Ao integrar a avaliação clínica, o registro e a notificação dos casos, bem como o encaminhamento para os diferentes pontos da rede de atenção e proteção, os serviços de saúde contribuem para a integralidade do cuidado e para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e enfrentamento das violências no âmbito do SUS. Dessa forma, o acolhimento sensível e a adequada classificação de risco tornam-se elementos fundamentais para qualificar a assistência e promover a proteção e a dignidade das pessoas atendidas.

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 e Outras Drogas
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

FLUXO 01 ADULTO

Afogamento

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Afogamento grau 4, 5 e 6

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Hipotermia < 35,5 ºC
- Afogamento grau 2 e 3

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Vômito
- Afogamento grau 1

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

FLUXO 02 ADULTO

Agressão

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimento penetrante em órgão vital
- Fratura exposta de ossos longos ou vértebras

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Ferimento penetrante

- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 03 ADULTO

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- Conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Risco de conduta agressiva
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Agitação psicomotora

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Inquietação
- Relato de intoxicação
- Desorientação recente

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de transtorno mental
- Relato de desorientação

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 04 ADULTO

Alteração da Pressão Arterial

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg
- FC>120bpm
- FC<50bpm
- Sinais de déficit neurológicos focais

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- PAS>160mmHg/PAD>100mmHg
- FC>100bpm
- FC<60bpm
- Distúrbios visuais
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Vertigem
- Relato de alteração de PA
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 05 ADULTO

Alteração do Padrão Respiratório

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Incapacidade de falar

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Hemoptise constatada
- Vertigem
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Tosse
- Relato de hemoptise
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 06 ADULTO

Alteração do Ritmo Cardíaco

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20 mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- PAS>180 mmHg/PAD>120mmHg
- FC>120bpm
- FC<50bpm
- Dor intensa

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- PAS>160mmHg/PAD>100mmHg
- FC>100bpm
- FC<60bpm
- Distúrbios visuais
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Vertigem
- História prévia de arritmia
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 07 ADULTO

Alteração Glicêmica

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- HGT entre 55 - 70mg/dl

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 08 ADULTO

Cefaleia

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg + LOA
- PAS<90mmHg ou PAM<70mmHg

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sinais de déficit neurológicos focais
- PAS>180mmHg/ PAD>120mmHg
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Período pós-ictal
- Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia
- Petéquias

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- PAS>160mmHg/ PAD>100mmHg
- Vômito
- Icterícia
- Distúrbios visuais
- Vertigem
- Inquietação
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Perda auditiva
- Zumbido
- História de enxaqueca
- Relato de inconsciência
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 09 ADULTO

Conduta Autodestrutiva

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	FR

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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).

FLUXO 10 ADULTO

Crise Convulsiva

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Vômito
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito
- Relato de crise convulsiva
- Relato de inconsciência

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais de embriaguez
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 11 ADULTO

Dor Torácica

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	FR
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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- FC<50bpm + sinais de alerta
- FC>100bpm + sinais de alerta
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- FC>120bpm
- FC<50bpm
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Sinais de déficit neurológicos focais

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- FC>100bpm
- FC<60bpm
- Vômito
- Inquietaçao

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 12 ADULTO

Exposição a Agentes Biológicos

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Erupções cutâneas generalizadas
- Sinais de desidratação
- PEP
- Anticoncepção pós-coito
- Relato de exposição a agentes biológicos
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de diarreia
- Erupção cutânea localizada

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 13 ADULTO

Feridas / Lesões

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento controlado
- Ausência de pulso periférico no membro
- Angioedema
- Mordedura/ Arranhadura e/ou lambedura provocada por animais não peçonhentos
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Sinais de sangramento
- Privação sensorial
- Limitação funcional
- Alteração na perfusão periférica
- Vesícula/Bolha/Pústula disseminadas
- Prurido difuso
- Hiperemia extensa

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Edema
- Ferida infectada
- Lesão sem sangramento
- Vesícula/Bolha/Pústula localizadas
- Ferimento superficial
- Erupção cutânea localizada
- Hiperemia localizada
- Relato de sangramento

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 14 ADULTO

Gestação, Parto e Puerpério

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Violência sexual
- Sangramento incontrolável
- Parto em trânsito não assistido
- Exteriorização do cordão umbilical ou partes fetais
- Período expulsivo
- PAS>180mmHg/ PAD>120mmHg + LOA
- PAS<90mmHg ou PAM<70mmHg
- 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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- PAS>160mmHg/ PAD>100mmHg
- PAS>140mmHg/ PAD>90mmHg + Cefaleia ou Dor epigástrica ou Alterações visuais
- HGT entre 55 - 70mg/dl
- Estridor
- Retenção urinária
- Sangramento controlado
- Sangramento genital de qualquer intensidade com IG>22 semanas
- Trabalho de parto
- Hiperêmese gravídica
- Vítima de agressão
- Relato de perda de líquido amniótico meconial
- Relato de ausência de movimentos fetais nas últimas 12h
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- PAS>140mmHg/ PAD>90mmHg
- Sinais de sangramento
- Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha
- Êmese gravídica
- Ferida infectada
- Prurido difuso
- Mastite
- Hiperemia extensa
- Relato de crise convulsiva
- Relato de perda de líquido (bolsa rota)
- Relato de diminuição dos movimentos fetais nas últimas 24h

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 15 ADULTO

Perda da Consciência

OBSERVAÇÕES !

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + 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 39,5ºC)
- Vômito
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de vômito
- Relato de febre

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 16 ADULTO

Problemas Anogenitais e Urinários

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento controlado
- Trauma
- PEP
- Anticoncepção pós-coito
- Priapismo
- Retenção urinária

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Sinais de sangramento
- Lesão infectada
- Vômito
- Suspeita de aborto
- Prurido difuso
- Hematúria
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Disúria/Polaciúria
- Lesão/Verruga anogenital
- Corrimento anogenital
- Relato de sangramento
- Relato de IST
- Relato de diarreia
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 17 ADULTO

Problemas Bucais

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento controlado (com uso de anticoagulante)
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Edema extra bucal/Celulite de face e ou submandibular
- Trismo

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Suspeita de fratura fechada
- Sinais de sangramento
- Vômito
- Suspeita de luxação da mandíbula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Lesão/Estomatites bucais
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência
- Relato de trauma bucal

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 18 ADULTO

Problemas de Garganta, Ouvido e Nariz

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento pela cavidade oral, auditiva ou nasal
- Presença de corpo estranho animado
- Estridor
- Trismo
- Edema de Parótida

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Vômito
- Vertigem
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Tosse
- Perda auditiva
- Afonia
- Odinofagia/Disfagia
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 19 ADULTO

Problemas Gastrointestinais

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- HGT entre 55 - 70mg/dl
- Melena
- Hematêmese constatada
- Enterorragia
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Sinais de desidratação

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- HGT>250mg/dl sem sinais de alerta
- Icterícia
- Vômito
- Distensão abdominal
- Massa abdominal visível
- História ou relato de hematêmese
- História ou relato de sangramento digestivo
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Constipação intestinal
- Azia
- Relato de refluxo gastroesofágico
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de inapetência
- Relato de diarreia
- Relato de constipação intestinal
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 20 ADULTO

Problemas na Bolsa Escrotal

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Trauma
- Idade <25 anos
- Alteração do aspecto da bolsa escrotal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de IST
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 21 ADULTO

Problemas Neurovasculares

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sinais de déficit neurológicos focais há < 24 h
- 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 SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg
- FC >120bpm
- FC<50bpm
- Sinais de déficit neurológicos focais entre 24h e 72h

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- PAS>160mmHg/PAD>100mmHg
- FC<60bpm
- FC>100bpm
- Sinais de déficit neurológicos focais há > 72h
- Distúrbios visuais
- Vertigem
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 22 ADULTO

Problemas nos Olhos

PRIORIDADE MÁXIMA

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Sinais de choque
- Evisceração do olho
- Perfuração ocular
- PAS>180mmHg/ PAD>120mmHg + LOA
- PAS<90mmHg ou PAM<70mmHg
- HGT≤54mg/dl
- HGT>600mg/dl ou HI
- HGT>250mg/dl + sinais de alerta

SIM → PRIORIDADE MÁXIMA

NÃO

PRIORIDADE ALTA

- ECG de 9-12
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- PAS>180mmHg/ PAD>120mmHg
- HGT entre 55 - 70mg/dl
- Corpo estranho animado
- Corpo estranho inanimado
- Visão dupla
- Hiperemia ocular relacionado a queimadura ocular ou trauma ocular
- Perda Repentina da Visão com ou sem história de trauma ocular há menos de 48h

SIM → PRIORIDADE ALTA

NÃO

PRIORIDADE MÉDIA

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- PAS>160mmHg/ PAD>100mmHg
- HGT>250mg/dl sem sinais de alerta
- Distúrbios visuais
- Hiperemia ocular com dor ocular moderada (com ou sem trauma ocular)
- Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 48h e menos de 07 dias
- Vômito
- Prurido difuso

SIM → PRIORIDADE MÉDIA

NÃO

PRIORIDADE BAIXA

- Dor leve
- HGT entre 71 - 249mg/dl
- Hiperemia ocular com dor ocular leve (com ou sem trauma ocular)
- Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 07 dias
- Edema
- Secreção
- Excesso de produção de lágrima
- Inflamação na pálpebra
- Córnea opaca
- Hemorragia ocular
- Sensação de corpo estranho
- Blefaroespasmo
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → PRIORIDADE BAIXA

NÃO

PRIORIDADE MÍNIMA

- Retornos/Solicitações*

SIM → PRIORIDADE MÍNIMA

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).

FLUXO 23 ADULTO

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 preen chimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Vômito (>3 episódios na última hora)

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Hematúria
- Icterícia
- Vômito
- Limitação funcional
- Debilidade muscular
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais inflamatórios
- Edema
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de dor crônica
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 24 ADULTO

Problemas Relacionados ao Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- HGT≤54mg/dl
- Conduta agressiva
- Quadro psicótico agudo

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Hematêmese constatada
- Síndrome de abstinência
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Risco de conduta agressiva
- Vítima de agressão
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Vômito
- Desorientação
- História ou relato de hematêmese
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais de embriaguez
- Relato de desorientação
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 25 ADULTO

Problemas Vasculares e de Extremidades

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<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 SaO_2 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

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- PAS>160mmHg/ PAD>100mmHg
- FC<60bpm
- FC>100bpm
- Privação sensorial
- Claudicação
- Alteração na perfusão periférica
- Limitação funcional
- Edema extenso
- Gangrena
- Ulceração
- Prurido difuso
- Hiperemia extensa

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Veias varicosas
- Hiperemia localizada

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 26 ADULTO

Queda de Nível

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimento penetrante em órgão vital
- Fratura exposta de ossos longos ou vértebras

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Ferimento penetrante
- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Hematoma
- Escoriações
- Relato de desorientação
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 27 ADULTO

Queimaduras

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 preen chimento de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Ausência de dor
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + 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% em idoso
- Superfície corporal queimada > que 20% em adulto
- Vítima de agressão

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Queimadura solar
- Vesícula/Bolha/Pústula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 28 ADULTO

Reações Alérgicas

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Estridor

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Angioedema
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Prurido difuso

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Erupção cutânea localizada
- Relato de reação alérgica
- Relato de anafilaxia prévia

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 29 ADULTO

Sangramento Vaginal

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento controlado
- Trauma

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Sinais de sangramento
- Vômito
- Prurido difuso
- Suspeita de aborto
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Lesão/Verruga anogenital
- Disúria/Polaciúria
- Distúrbios menstruais
- Relato de sangramento
- Relato de trauma
- Relato de IST
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 30 ADULTO

Síndrome Gripal

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Estridor
- Incapacidade de falar
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Vômito
- Vertigem
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Afonia
- Tosse
- Congestão Nasal/Coriza
- Perda auditiva
- Odinofagia/Disfagia
- Erupção cutânea localizada
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 31 ADULTO

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Angioedema
- Paralisia muscular
- Ptose palpebral

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Sinais de sangramento
- Equimose
- Vômito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Eritema leve
- Edema
- Relato de vômito
- Relato de sangramento

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 32 ADULTO

Suspeita de Dengue e Outras Arboviroses

• 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 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.

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):
Adultos 60ml/kg/dia (1/3, se possível com sais de hidratação oral).

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).

FLUXO 33 ADULTO

Suspeita de Intoxicação e Envenenamento

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg + LOA
- PAS<90mmHg ou PAM<70mmHg
- FC<50bpm + sinais de alerta
- FC>100bpm + sinais de alerta
- Conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Angioedema
- PAS>180mmHg/PAD>120mmHg
- FC>120bpm
- FC<50bpm
- Risco de conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Vômito
- PAS>160mmHg/PAD>100mmHg
- FC>100bpm
- FC<60bpm

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- 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).

FLUXO 34 ADULTO

Transtorno Mental

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- Conduta agressiva
- Quadro psicótico agudo

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Risco de conduta agressiva
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Agitação psicomotora
- Sintomas psicóticos
- Crise de pânico

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Inquietação
- Crise de ansiedade
- Sintomas psicossomáticos
- Automutilação
- Relato de intoxicação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de transtorno mental

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 35 ADULTO

Trauma

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimentos penetrantes em órgão vital
- Fratura exposta de ossos longos ou vértebras

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Ferimento penetrante
- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 36 ADULTO

Trauma Abdominal

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Crise convulsiva
- Evisceração
- 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 SaO_2 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 37 ADULTO

Trauma na Cabeça

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- 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 SaO_2 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 38 ADULTO

Trauma Torácico

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- 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 FR>20mvm ou SaO_2 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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).

FLUXO 39 ADULTO

Traumatismo Bucal

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).

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Sinais de choque
- Avulsão dentária
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,6ºC)
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC + sinais de alerta)
- Sangramento controlado (com uso de anticoagulante)
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Edema extra bucal/Celulite de face e ou submandibular

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,8 e 39,5ºC)
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
- Vômito
- Mobilidade dentária
- Suspeita de luxação da mandíbula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Fratura dentária sem mobilidade ou deslocamento
- Relato de febre
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência
- Relato de trauma bucal

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 40 ADULTO

Violência e Maus-Tratos

- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Sinais de insuficiência respiratória FR>20mvm + sinais de alerta ou SaO_2<90% ou FR<10mvm
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Comportamento autodestrutivo
- Violência sexual
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória FR>20mvm ou SaO_2 90-95%
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Fratura exposta
- Sinais de maus-tratos
- 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% em idoso
- Superfície corporal queimada > que 20% em adulto
- Hematoma
- Escoriações
- Vítima de agressão

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Abuso
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
- Suspeita de comportamento negligente dos responsáveis
- Relato divergente

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

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 e Outras Drogas
27. Problemas Vasculares e de Extremidades
28. Queda de Nível
29. Queimaduras
30. Reações Alérgicas
31. Recém-Nascido e Lactente (0-3 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

FLUXO 01 PEDIÁTRICO

Afogamento



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Afogamento grau 4, 5 e 6

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Hipotermia < 35,5 ºC
- Afogamento grau 2 e 3

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Vômito
- Afogamento grau 1

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

FLUXO 02 PEDIÁTRICO

Agressão



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimento penetrante em órgão vital
- 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
- Ferimento penetrante
- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- 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 ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 03 PEDIÁTRICO

Alteração Cognitiva e de Conduta



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- Conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Risco de conduta agressiva
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Agitação psicomotora

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Inquietação
- Relato de intoxicação
- Desorientação recente

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de transtorno mental
- Relato de desorientação

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 04 PEDIÁTRICO

Alteração da Pressão Arterial



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Hipertensão/hipotensão + LOA
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Bradicardia
- Taquicardia
- Hipertensão/hipotensão
- Sinais de déficit neurológicos focais

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Distúrbios visuais
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Vertigem
- Relato de alteração de PA
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 05 PEDIÁTRICO

Alteração do Padrão Respiratório



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Estridor

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vertigem
- Hemoptise costatada
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Afonia
- Tosse
- Relato de hemoptise
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 06 PEDIÁTRICO

Alteração Do Ritmo Cardíaco



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Hipertensão/hipotensão + LOA
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Bradicardia
- Taquicardia
- Hipertensão/hipotensão

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Distúrbios visuais
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Vertigem
- História prévia de arritmia
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 07 PEDIÁTRICO

Alteração Glicêmica



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	
Dor	Tax		HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- HGT≤54mg/dl
- HGT>600mg/dl ou HI
- HGT>250 mg/dl + sinais de alerta

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- HGT entre 55 - 70mg/dl
- Hálito cetônico

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- HGT>250mg/dl sem sinais de alerta
- Vômito
- 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 vômito
- Relato de poliúria
- Relato de polidipsia
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 08 PEDIÁTRICO

Cefaleia



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Hipertensão/hipotensão + LOA

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Hipertensão/hipotensão
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia
- Petéquias
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Relato de inconsciência
- Icterícia
- Distúrbios visuais
- Vertigem
- Vômito
- Inquietação
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Perda auditiva
- Zumbido
- História de enxaqueca
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 09 PEDIÁTRICO

Conduta Autodestrutiva



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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**

FLUXO 10 PEDIÁTRICO

Crise Convulsiva



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- 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: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Rigidez na nuca e/ou Fotofobia e/ou Cefaleia
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito
- Relato de crise convulsiva
- Relato de inconsciência

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais de embriaguez
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	
Dor	Tax		HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 11 PEDIÁTRICO

Diarreia e Vômito



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)

- 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 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- História ou relato 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 12 PEDIÁTRICO

Dor Abdominal



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento digestivo
- Hematêmese constatada
- Erupção cutânea generalizada
- Sinais de desidratação

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Massa abdominal visível
- Distensão abdominal
- História ou relato 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 ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 13 PEDIÁTRICO

Dor Torácica



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta
- Dor torácica típica

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Bradicardia
- Taquicardia
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Sinais de déficit neurológicos focais

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO PEDIÁTRICO 14

Exposição a Agentes Biológicos



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Erupção cutânea generalizada
- Sinais de desidratação
- PEP
- Anticoncepção pós-coito
- Relato de exposição a agentes biológicos
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Erupção cutânea localizada
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de diarreia

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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 >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.

FLUXO 15 PEDIÁTRICO

Febre



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 >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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- Imunossuprimidos ≥ 37,5 ºC

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Hipotermia (Tax <35,5ºC)
- Erupção cutânea generalizada
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Erupção cutânea localizada
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de inapetência
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 16 PEDIÁTRICO

Feridas / Lesões



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado
- Ausência de pulso periférico no membro
- Angioedema
- Mordedura/ Arranhadura e/ou lambedura provocada por animais não peçonhentos
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Sinais de sangramento
- Privação sensorial
- Limitação funcional
- Alteração na perfusão periférica
- Vesícula/Bolha/Pústula disseminadas
- Prurido difuso
- Hiperemia extensa

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Edema
- Ferida infectada
- Lesão sem sangramento
- Vesícula/Bolha/Pústula localizadas
- Erupção cutânea localizada
- Relato de sangramento
- Ferimento superficial
- Hiperemia localizada

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

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 >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.

FLUXO 17 PEDIÁTRICO

Gestação, Parto e Puerpério



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Hipertensão/ hipotensão
- Sangramento controlado
- Trabalho de parto
- Sangramento genital de qualquer intensidade com IG >22 semanas
- 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 37,5ºC a 39,5ºC)
- 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO PEDIÁTRICO 18

Perda da Consciência



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- 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: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Período pós-ictal
- Sinais de déficit neurológicos focais

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de vômito
- Relato de febre

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax		HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 19 PEDIÁTRICO

Problemas Anogenitais e Urinários



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado
- Trauma
- PEP
- Anticoncepção pós-coito
- Priapismo
- Retenção urinária

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Sinais de sangramento
- Lesão infectada
- Vômito
- Suspeita de aborto
- Prurido difuso
- Hematúria
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Disúria/Polaciúria
- Lesão/Verruga anogenital
- Corrimento anogenital
- Relato de sangramento
- Relato de IST
- Relato de diarreia
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 20 PEDIÁTRICO

Problemas Bucais



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado (com uso de anticoagulante)
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Edema extra bucal/Celulite de face e ou submandibular
- Trismo

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Suspeita de fratura fechada
- Sinais de sangramento
- Vômito
- Suspeita de luxação da mandíbula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Lesão/Estomatites bucais
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência
- Relato de trauma bucal

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 21 PEDIÁTRICO

Problemas de Garganta, Ouvido e Nariz



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento pela cavidade oral, auditiva ou nasal
- Presença de corpo estranho animado
- Estridor
- Trismo
- Edema de Parótida

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Vertigem
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Tosse
- Perda auditiva
- Afonia
- Odinofagia/Disfagia
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 22 PEDIÁTRICO

Problemas na Bolsa Escrotal



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Alteração do aspecto da bolsa escrotal
- Trauma

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Prurido difuso

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de IST
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 23 PEDIÁTRICO

Problemas Neurovasculares



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sinais de déficit neurológicos focais há < 24 h
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta
- Hipertensão/Hipotensão + LOA

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Sinais de déficit neurológicos focais entre 24h e 72h
- Bradicardia
- Taquicardia
- Hipertensão/Hipotensão

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Sinais de déficit neurológicos focais há > 72h
- Distúrbios visuais
- Vertigem
- Vômito
- Inquietação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de síncope
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 24 PEDIÁTRICO

Problemas nos Olhos



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Sinais de choque
- Evisceração do Olho
- Perfuração ocular
- 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
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Hipertensão/Hipotensão
- HGT entre 55 - 70mg/dl
- Corpo estranho animado
- Corpo estranho inanimado
- Visão dupla
- Hiperemia ocular relacionado a queimadura ocular ou trauma ocular
- Perda Repentina da Visão com ou sem história de trauma ocular há menos de 48h

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- HGT >250 mg/dl sem sinais de alerta
- Hiperemia ocular com dor ocular moderada (com ou sem trauma ocular)
- Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 48h e menos de 07 dias
- Distúrbios visuais
- Vômito
- Prurido difuso

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- HGT entre 71 - 249mg/dl
- Hiperemia ocular com dor ocular leve (com ou sem trauma ocular)
- Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 07 dias
- Edema
- Secreção
- Excesso de produção de lágrimas
- Inflamação na pálpebra
- Córnea opaca
- Hemorragia ocular
- Sensação de corpo estranho
- Blefaroespasmo
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 25 PEDIÁTRICO

Problemas Osteomusculares e Articulares



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Vômito (>3 episódios na última hora)

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Hematúria
- Icterícia
- Vômito
- Limitação funcional
- Debilidade muscular
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais inflamatórios
- Edema
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de dor crônica
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 26 PEDIÁTRICO

Problemas Relacionados ao Uso Abusivo de Álcool e Outras Drogas



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Crise convulsiva
- HGT≤54mg/dl
- Conduta agressiva
- Quadro psicótico agudo

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Hematêmese constatada
- Síndrome de Abstinência
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Risco de conduta agressiva
- Vítima de agressão
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Vômito
- Desorientação
- História ou relato de hematêmese
- Relato de crise convulsiva

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Sinais de embriaguez
- Relato de desorientação
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 27 PEDIÁTRICO

Problemas Vasculares e de Extremidades



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Hipertensão/Hipotensão + LOA
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Hipertensão/Hipotensão
- Bradicardia
- Taquicardia
- Cianose de extremidades
- Ausência de pulso periférico no membro

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Privação sensorial
- Claudicação
- Alteração na perfusão periférica
- Limitação funcional
- Edema extenso
- Gangrena
- Ulceração
- Prurido difuso
- Hiperemia extensa

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Veias varicosas
- Hiperemia localizada

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 28 PEDIÁTRICO

Queda de Nível



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimento penetrante em órgão vital
- 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
- Ferimento penetrante
- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- Período pós-ictal

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Hematoma
- Escoriações
- Relato de desorientação
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de trauma

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 29 PEDIÁTRICO

Queimaduras



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- 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 37,5ºC a 39,5°C)
- Queimadura solar
- Vesícula/Bolha/Pústula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

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

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 30 PEDIÁTRICO

Reações Alérgicas



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Estridor

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Angioedema
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Prurido difuso

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Erupção cutânea localizada
- Relato de reação alérgica
- Relato de anafilaxia prévia

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 31 PEDIÁTRICO

Recém-Nascido e Lactente (<3 meses)



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	
Dor	Tax	FC	HGT

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado
- FR>60 OU FR<30mvm
- SO_2<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 37,5ºC a 39,5°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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 32 PEDIÁTRICO

Sangramento Vaginal



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO ↓

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado
- Trauma

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO ↓

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Sinais de sangramento
- Vômito
- Prurido difuso
- Suspeita de aborto
- Presença de corpo estranho inanimado

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO ↓

- Dor leve
- Lesão/Verruga anogenital
- Disúria/Polaciúria
- Distúrbios menstruais
- Relato de sangramento
- Relato de trauma
- Relato de IST
- Relato de febre
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 33 PEDIÁTRICO

Síndrome Gripal



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Estridor
- Incapacidade de falar
- Erupção cutânea generalizada

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Vômito
- Vertigem
- Persistência dos sinais/sintomas mesmo com uso de medicamento prescrito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Afonia
- Tosse
- Congestão nasal/Coriza
- Perda auditiva
- Odinofagia/Disfagia
- Erupção cutânea localizada
- Relato de dificuldade respiratória
- Relato de febre
- Relato de vômito
- Relato de uso de medicação contínua relacionado à queixa

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 34 PEDIÁTRICO

Suspeita de Acidente por Animais Peçonhentos



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Angioedema
- Paralisia muscular
- Ptose palpebral

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Sinais de sangramento
- Equimose
- Vômito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Eritema leve
- Edema
- Relato de vômito
- Relato de sangramento

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 35 PEDIÁTRICO

Suspeita de Dengue e Outras Arboviroses



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 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.

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.

FLUXO 36 PEDIÁTRICO

Suspeita de Intoxicação e Intoxicação



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- Hipertensão/Hipotensão + LOA
- Bradicardia + sinais de alerta
- Taquicardia + sinais de alerta
- Conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Angioedema
- Hipertensão/Hipotensão
- Bradicardia
- Taquicardia
- Risco de conduta agressiva

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Vômito

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Edema
- Relato de vômito

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 37 PEDIÁTRICO

Transtorno Mental



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Atos preparatórios para um comportamento suicida
- Tentativa de suicídio
- Ideação suicida
- Conduta agressiva
- Quadro psicótico agudo

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Risco de conduta agressiva
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Agitação psicomotora
- Sintomas psicóticos
- Crise de pânico

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Inquietação
- Crise de ansiedade
- Sintomas psicossomáticos
- Automutilação
- Relato de intoxicação

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Relato de transtorno mental

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

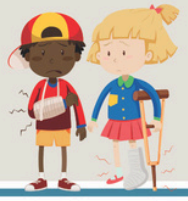
NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 38 PEDIÁTRICO

Trauma



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Evisceração
- Crise convulsiva
- Trauma de grande impacto
- Ferimentos penetrantes em órgão vital
- 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
- Ferimento penetrante
- Fratura exposta
- Suspeita de fratura fechada de quadril
- Sinais de déficit neurológicos focais
- Suspeita de luxação
- 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 ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 39 PEDIÁTRICO

Trauma Abdominal



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- Crise convulsiva
- Evisceração
- 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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 40 PEDIÁTRICO

Trauma na Cabeça



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Sangramento incontrolável
- 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: 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 ↓

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 41 PEDIÁTRICO

Trauma Torácico



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<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

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

FLUXO 42 PEDIÁTRICO

Traumatismo Bucal



- Parada Cardiorrespiratória - PCR
- Inconsciente ECG≤8
- Obstrução de vias respiratórias
- Sinais de insuficiência respiratória: taquipneia ou bradipneia + sinais de alerta ou SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Avulsão dentária
- Sangramento incontrolável

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Febre alta (Tax>39,5ºC)
- Febre (sinais de alerta + Tax>37,5ºC ou RN SSL + Tax>37,5ºC)
- Sangramento controlado (com uso de anticoagulante)
- Vômito (>3 episódios na última hora)
- Edema extra bucal/Celulite de face e ou submandibular

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Febre (Tax entre 37,5ºC a 39,5°C)
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
- Vômito
- Mobilidade dentária
- Suspeita de luxação da mandíbula

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

NÃO

- Dor leve
- Fratura dentária sem mobilidade ou deslocamento
- Relato de febre
- Relato de sangramento
- Relato de vômito
- Relato de inconsciência
- Relato de trauma bucal

SIM → **PRIORIDADE BAIXA**

NÃO

- Retornos/Solicitações*

SIM → **PRIORIDADE MÍNIMA**

OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor	Tax	FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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.

FLUXO 43 PEDIÁTRICO

Violência e Maus-Tratos



OBSERVAÇÕES

Verificar Sinais Vitais

ECG	FR	SaO_2	PA
Dor		FC	

Parâmetros de FR e SaO_2 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 SaO_2<94%
- Sinais de choque
- Intoxicação (Alto risco de letalidade)
- Sangramento incontrolável
- Comportamento autodestrutivo
- Violência sexual

SIM → **PRIORIDADE MÁXIMA**

NÃO

- ECG de 9-12
- Sinais de dificuldade respiratória: taquipneia ou bradipneia
- Dor intensa
- Sangramento controlado
- Fratura exposta
- Sinais de maus-tratos
- 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%
- Hematoma
- Escoriações
- Vítima de agressão

SIM → **PRIORIDADE ALTA**

NÃO

- ECG de 13-14
- Dor moderada
- Abuso
- Sinais de sangramento
- Suspeita de fratura fechada
- Suspeita de comportamento negligente dos responsáveis
- Relato de interesse precoce em brincadeiras sexuais ou condutas sedutoras
- Relato divergente

SIM → **PRIORIDADE MÉDIA**

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 anticonceptivos 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	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	**Blefaroespasmo**	Piscar excessivo, espasmo tônico ou clônico do músculo oculi orbicularis. Espasmo da musculatura da pálpebra.	15
	Bradicardia	Arritmias cardíacas caracterizadas por frequência cardíaca excessivamente baixa.	15
	Bradicardia + sinais de alerta	Arritmias cardíacas caracterizadas por frequência cardíaca excessivamente baixa + sinais de alerta	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 autonomicos de ansiedade com sensação de morte iminente e perda de controle.	15
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
Desorientação	Estado mental caracterizado por confusão, distúrbios emocionais, falta da clareza de pensamento e desorientação da percepção.	15
Desorientação recente	Estado mental caracterizado por confusão, distúrbios emocionais, falta da clareza de pensamento e desorientação da percepção. Recente.	15
Dificuldade respiratória	Dispneia: respiração com dificuldade ou com esforço.	15
Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 07 dias	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. (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 07 dias	15
Diminuição da acuidade visual (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 48h e menos de 07 dias	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. (com ou sem história de trauma ocular) há mais de 48h e menos de 07 dias	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 abcesso. Acompanhada ou não de dor viceral.	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 intensa (principalmente abdominal)	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
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
Edema extra bucal / Celulite de face e ou submandibular	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
Edema unilateral de MMII ou dor em panturrilha	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
Eritema leve	Vermelhidão da pele produzida pela congestão dos capilares. Esta afecção pode resultar de uma variedade de processos mórbidos.	15
Erupção cutânea generalizada	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. Generalizada.	26

Erupção cutânea localizada	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. Localizada.	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 critiva 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
Evisceração do olho	Remoção cirúrgica/traumática dos conteúdos internos do olho, deixando a esclera intacta. Deve ser diferenciada da evisceração orbital que remove o conteúdo total da órbita, incluindo o globo ocular, vasos sanguíneos, músculos, tecido adiposo, suprimento de nervos e periósteo.	15
Exteriorização do cordão umbilical ou partes fetais	Exteriorização da estrutura flexível semelhante à corda, que conecta um feto em desenvolvimento à placenta, em mamíferos. O cordão contém vasos sanguíneos que transportam oxigênio e nutrientes da mãe ao feto e resíduos para longe do feto. Ou exteriorização de partes fetais.	15
Febre	Elevação anormal da temperatura corporal, geralmente como resultado de um processo patológico.	15
Ferida infectada	Infecção dos ferimentos: invasão de uma cicatriz por microrganismos patogênicos.	15
Ferimento corto-contuso	Bordos irregulares e contundidos, fundo irregular, não tem forma estrelada. Produzido por instrumento cortante não muito afiado (ex.: facão).	23
Ferimento penetrante	Ferimento penetrante causado por um objeto pontiagudo.	15
Ferimento penetrante em órgão vital	Ferimento penetrante na cabeça, pescoço, tórax, abdome, pelve e coxa.	14
Ferimento superficial	São ferimentos superficiais abertos, que podem ser inciso, contuso, corto-contuso, lácero-contuso, perfurante, penetrante, pérfuro-contuso ou pérfuro-cortante.	23
Fratura dentária sem mobilidade ou deslocamento	Fratura no dente, sem movimento horizontal e axial.	15
Fratura exposta	Fratura em que ocorre comunicação do seu foco ou do seu hematoma com o meio externo. Sendo que não significa que precisa ocorrer exposição para o exterior, mas também para cavidades contaminadas, como vias áreas, tubo digestivo, boca, vagina e ânus.	28

Fratura exposta de ossos longos ou vértebras	Fratura de fêmur, fíbula, rádio, ulna, costelas, clavícula ou vértebras.	15
Gangrena	Morte e putrefação de tecidos, geralmente devido à perda de suprimento sanguíneo.	15
Hálito cetônico	Quando há o excesso de cetona no organismo, uma das consequências é o aparecimento do hálito cetônico.	2
Hematêmese constatada	Constatado vômito de sangue que apresenta característica de cores vermelho claro ou café-terra. Geralmente indica sangramento do trato gastrointestinal superior.	15
Hematoma	Acúmulo de sangue fora dos vasos sanguíneos. O hematoma pode estar localizado em um órgão, espaço ou tecido. Geralmente o surgimento do hematoma é decorrente de alguma lesão ou trauma. Além disso, é identificado como uma mancha na pele que pode ser vermelha, azul, roxa ou até mesmo preta.	15
Hematúria	Presença de sangue na urina.	15
Hemoptise constatada	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
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 com dor ocular leve (com ou sem trauma 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. Com dor ocular leve (com ou sem trauma ocular)	27
Hiperemia ocular com dor ocular moderada (com ou sem trauma 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. Com dor ocular moderada (com ou sem trauma ocular)	27

Hiperemia ocular relacionado a queimadura ocular ou trauma 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. Relacionado a queimadura ocular ou trauma ocular.	27
Hiperglicemia	Nível anormalmente alto de glicemia.	15
Hipertensão / Hipotensão	Hipertensão: Pressão arterial sistêmica alta, acima do valor de referência para idade. 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
Hipertensão / Hipotensão + LOA	Hipertensão: Pressão arterial sistêmica alta, acima do valor de referência para idade. 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. + LOA	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 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 (Tax <35,5ºC)	Temperatura corporal axilar <35,5ºC.	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	História ou relato de 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 con- tração 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.	15
Imunossuprimidos	Humano cujo mecanismo imunológico é deficiente devido a um distúrbio da imunodeficiência ou outra doença, ou como resultado da administração de drogas ou radiação imunossupressora.	15
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 ECG≤8	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
Infecção e / ou eritema sem estender-se para pele ao redor	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
Infecção em olhos	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
Infecção em ouvidos	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
Infecção no umbigo com eritema que se estende para pele ao redor	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 necessáriamente ter um propósito.	5
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, nódulo 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	Fezes 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 C. albicans. 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 descoramento 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 Parada	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 48h	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 trabalha 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
Quadro psicótico agudo	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
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 dificuldade respiratória	Relato de Dispneia: respiração com dificuldade ou com esforço.	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 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 inapetência no RN	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 (bolsa rota)	Relato de perda de líquido pela vulva, transparente e de odor característico.	15
Relato de perda de líquido amniótico meconial	Relato de perda de liquído pela vulva, mucilaginoso, espesso e de cor variando entre amarelada e esverdeada.	29
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.	29
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.	29
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.	29
Relato de sangramento	Não se visualiza sinal indicativo algum de sangramento.	29
Relato de sangramento de mucosa nos últimos 7 dias (epistaxe ou sangramento gengival)	Não se visualiza sinal indicativo algum de sangramento.	15

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 trauma bucal	Relato de danos infligidos na boca 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
Retornos/Solicitações*	Sintomas leves de doença crônica, crise social, paciente clinicamente bem, ferimentos leves – pequenas escoriações, lacerações leves (que não requerem suturas), revisão de ferimentos, curativos complexos, ou retorno de consulta médica após cirurgias, administração de medicamentos com receita, troca de sondas, troca de curativos, solicitação de receita de medicamentos, atestado médico, sem sintomas.	16
Rigidez na nuca e/ ou Fotofobia e/ou Cefaleia	Tríade 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 controlado (com uso de anticoagulante)	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 entrecortadas; Queda da saturação de oxigênio <95%; Uso da muscula- tura 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 embriaguez	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 pregressos 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 substâncial. 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 fratura fechada de quadril	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 cardiáca acima do valor de referência para idade.	15
Taquicardia + sinais de alerta	Batimentos cardíacos anormalmente rápidos, geralmente com frequência cardiáca acima do valor de referência para idade + sinais de alerta	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
Ulceração	Lesão na superfície da pele ou superfície mucosa, produzida pela "lamaceira" de tecido necrótico inflamatório.	15
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 DECS: são as elevações de até 1cm, com conteúdo purulento. Vesículas são acúmulos visíveis de líquido dentro ou próximo da epiderme.	24
Vesícula/Bolha/Pústula disseminadas	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. Disseminadas.	24
Vesícula/Bolha/Pústula localizadas	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. Localizadas.	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
Vômito (>3 episódios na última hora)	Expulsão forçada de conteúdos do estômago através da boca. (>3 episódios na última hora)	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.

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 (2001a).
8. .Brasil (2004b).
9. Brasil (2008).
10. Brasil (2012a).
11. Brasil (2012b).
12. Brasil (2015b).
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** . 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, 2022. Disponível em: https://sbpt.org.br/portal/publico-geral/doencas/falta-de-ar/. 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://periodicos.pucminas.br/psicologiaemrevista/issue/view/1349. Acesso em: 4 Nov. 2022.

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/cmpMjxk5QTgVfxk7GzTysZN/?format=html&lang=en. Acesso em: 13 out. 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://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/12090/mod_resource/content/3/Modulo6_UrgenciaEmergencia.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: http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf. Acesso em: 25 jul. 2022.

BIREME. **DeCS/MeSH: descritores em ciências da saúde**. São Paulo: BIREME; OPAS; OMS, 2022. Disponível em: http://decs.bvsalud.org. Acesso em: 22 jun. 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.

BORTOLOTTO, 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.

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 junhode 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. **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. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço.** Brasília, DF, 2001a. (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, 2002.

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. 2003b. Disponível em: http://www.planalto. gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741compilado.htm. Acesso em: 16 jun. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 nov. 2003c.

BRASIL. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: MS, 2004a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

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 fumígeros, 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. **Gestação 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. **Gestação 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. **HumanizaSUS: acolhimento com classificação de risco nos serviços de urgência**. 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. **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 nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF: MS, 18 fev. 2016d.

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. Ministério da Saúde. **Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. 29 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_diagnostico_precoce_cancer_pediatrico.pdf. Acesso em: 10 fev. 2026.

BRASIL. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS: diretrizes e organização**. Brasília, DF: MS, 2018.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC). **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas do acidente vascular cerebral isquêmico agudo.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: https://www.gov.br. Acesso em: 26 jan. 2026.

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

BRASIL. **Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: linhasdecuidado.saude.gov.br. Acesso em: 26 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: DATASUS, 2026. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2026.

BRENNAN, P. M.; MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. **Simplifying the use of prognostic information intraumatic 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 implantado 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.

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 n° 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 n° 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 cárdio 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.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. **O aborto em casos de anencefalia no Brasil: uma análise da decisão do Supremo Tribunal Federal**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 7, p. e00198116, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00198116.

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.

FIGUEIRA, A. I. R.; AMARAL, G. M. M. da S.; CARMO, T. I. G. do. **Evaluación y registro del dolor en elservicio 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-diretri-z-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). **Atlas da Violência 2025**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento e Orçamento, 2025. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5999-atlasdaviolencia2025.pdf. Acesso em: 17 mar. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Tipos de câncer: câncer infantojuvenil**. Câncer infantojuvenil. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil. Acesso em: 25 jul. 2022

KLIEGMAN, Robert M. *et al.* **Nelson tratado de pediatria.** Tradução de Denise Costa Rodrigues *et al.* 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. 2 v.(KLIEGMAN *et al*., 2020).

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – **Patologia –. Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

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, N. R.; EISENSTEIN, E.; WILLIAMS, L. C. **Trauma craniano violento pediátrico: uma revisão da literatura**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 426-433, set./out. 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.01.011. Acesso em: 18 fev. 2026.

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.

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.

MIRANDA, Jhon Wesley Fernandes Bragança. **Avaliação de parâmetros de curva térmica como preditor de desfechos graves em pacientes oncológicos pediátricos com neutropenia febril**. 2022. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/items/2d78241a-b63a-4d68-a3bd-3a7360d30549. Acesso em: 3 jun. 2025.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 336/CIB/2014, de 24 de julho de 2014: Protocolo Catarinense de Classificação de Risco.** Florianópolis: SES, 2014a. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2014/336-24-07-protocolo-catarinense-de-classificacao-de-risco/download. Acesso em: 11 mar. 2026.

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/Absract/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_%20Núcleo%20Telessaude%20SC%20UFSC.pdf. Acesso em: 1 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: https://dspace.mj.gov.br/handle/1/12736. Acesso em: 17 mar. 2026.

OSIRO, Katsumi. **Abordagem de pequenos ferimentos na Atenção Primária**. In: FIDALGO, Thiago Marques *et al*. Caso Complexo Vila Santo Antônio. 2012. Universidade Federal de São Paulo - UNA-SUS/UNIFESP. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/180. Acesso em: 1 jul. 2022.

PARK, S. *et al*. **Managing fever in adults with possible or confirmed COVID-19 im primary care**. Centre for Evidence Based Medicine, [s. 1.], [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.

PORTO, C. C.; PORTO, A. L. **Exame clínico.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

PRABHAKARAN, S. *et al*. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. **Stroke**, [s. l.], 26 jan. 2026. DOI: 10.1161/STR.0000000000000513. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000513. Acesso em: 26 jan. 2026.

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. Secretaria de Estado da Saúde. **Portaria SES nº 124, de 24 de fevereiro de 2014.** Diário Oficial do Estado de Santa Catarina: nº 19.770, Florianópolis, p. 2, 05 mar. 2014b.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 177/CIB/2021, de 24 de agosto de 2021**: Regimento Institucional do SAMU/SC. Florianópolis: SES, 2021. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2021/177-24-08-regimento-institucional-do-samu/download. Acesso em: 11 mar. 2026.

SANTA CATARINA. **Portaria SES nº 15, de 04 de abril de 2022.** Diário Oficial do Estado de Santa Catarina: nº 21.750, Florianópolis, p. 24, 12 abr. 2022a.

SANTA CATARINA. **Portaria SES nº 633, de 28 de abril de 2022.** Diário Oficial do Estado de Santa Catarina: nº 21.803-A, Florianópolis, p. 54, 01 jul. 2022b.

SANTA CATARINA. **Portaria SES nº 881, de 24 de agosto de 2022**. Diário Oficial do Estado de Santa Catarina: nº 21.844, Florianópolis, p. 14, 26 ago. 2022c.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 138/CIB/2022, de 16 de novembro de 2022:** Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES, 2022d. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2022/138-16-11-protocolo-catarinense-de-acolhimento-com-classificacao-de-risco/download. Acesso em: 11 mar. 2026.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 335/CIB/2023, de 27 de julho de 2023:** Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES, 2023. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2023/335-27-07-protocolo-catarinense-de-classificacao-de-risco/download. Acesso em: 10 fev. 2026.

SANTA CATARINA. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação nº 120/CIB/2025, de 27 de março de 2025:** Protocolo Catarinense de Classificação de Risco. Florianópolis: SES, 2025. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/legislacao/legislacao-geral/deliberacoes/deliberacoes-2025. Acesso em: 07 abr. 2025.

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.

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.

SCHOFIELD, T. P. et al. **The impact of interpersonal violence on health care utilization and health status**. Health Psychology, v. 39, n. 11, p. 950-959, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.avb.2024.101983.

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.

SILVA, L. et al. **Challenges in managing violence in health care settings in Santa Catarina**. Brazilian Journal of Nursing, 2021.

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). **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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Manejo da febre aguda: documento científico.** [S. l.]: SBP, 2021. 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). **Abordagem da febre aguda em pediatria e reflexões sobre a febre nas arboviroses. São Paulo**: SBP, n. 206, maio de 2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/16/24896f-DC_-Abordag_Febre_Aguda_em_Pediatria_e_Reflexoes_VIRTUAL.pdf. Acesso em: 16 jun. 2025.

SOUSA, S. J. de F. e. **Doenças oculares externas**. Medicina (Ribeirão Preto), [s. l.], v. 30, n. 1, p. 52-5, 1997. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/812. Acesso em: 25 abr. 2023.

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.

SOUZA, A. et al. **Regional approaches to violence management in nursing: A case study in Santa Catarina**. Health Policy Journal, 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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence prevention: the evidence**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/violence-prevention-the-evidence. Acesso em: 17 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva**, SW: WHO, 2017. Disponível em: https://iris.who.int/items/4b795a6e-c987-40cf-9ac4-0783dad90c8a. Acesso em: 17 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on violence prevention** 2020. Geneva, SW: WHO, 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/node/71459. Acesso em: 17 mar. 2026.