Tempo-alvo	Conduta
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação da suspeita entre varicoso e não varicoso, do escore calculado, da hemoglobina, da tipagem, do índice de choque, dos medicamentos administrados, do uso de antitrombóticos e da necessidade de tratamento endoscópico, de hemocomponentes e de terapia intensiva
Medida não indicada	O ácido tranexâmico não é utilizado na hemorragia digestiva alta, porque não reduziu a mortalidade e aumentou os eventos tromboembólicos venosos no ensaio clínico que o avaliou nessa indicação

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de hemorragia digestiva.

A transfusão é o exemplo mais claro do limite destas unidades, e por isso recebe tratamento expresso. As duas unidades não dispõem de agência transfusional nem de hemocomponentes, de modo que a transfusão não é executada na UPA. Os limiares da estratégia restritiva são utilizados pelo médico para definir o nível de cuidado solicitado e para informar o ponto de referência da necessidade transfusional: hemoglobina igual ou inferior a 7 gramas por decilitro no usuário estável sem doença cardiovascular, com alvo pós-transfusional de 7 a 9 gramas por decilitro, e limiar de 8 gramas por decilitro no usuário com doença cardiovascular aguda ou crônica, com alvo igual ou superior a 10.

Essa informação tem finalidade operacional e não apenas registral. No sangramento maciço com instabilidade persistente, a necessidade transfusional é definida pela condição clínica e não apenas pela hemoglobina, e informá-la antecipa o preparo das bolsas no serviço de destino, o que encurta o tempo até o tratamento. A contagem de plaquetas inferior a 50.000 por milímetro cúbico com sangramento ativo é igualmente informada na solicitação à regulação. O tamponamento com balão esofágico não é realizado nas unidades e permanece como medida do serviço de referência. Os dois quadros seguintes trazem o escore de Glasgow-Blatchford na admissão e os materiais e medicamentos do protocolo.

Quadro 172 - Escore de Glasgow-Blatchford na admissão

Parâmetro	Valor	Pontos
Ureia sérica em milimoles por litro	6,5 a menos de 8,0	2
Ureia sérica em milimoles por litro	8,0 a menos de 10,0	3
Ureia sérica em milimoles por litro	10,0 a menos de 25,0	4
Ureia sérica em milimoles por litro	Igual ou superior a 25,0	6
Hemoglobina em homens, em gramas por decilitro	12,0 a menos de 13,0	1
Hemoglobina em homens, em gramas por decilitro	10,0 a menos de 12,0	3

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Parâmetro	Valor	Pontos
Hemoglobina em homens, em gramas por decilitro	Menos de 10,0	6
Hemoglobina em mulheres, em gramas por decilitro	10,0 a menos de 12,0	1
Hemoglobina em mulheres, em gramas por decilitro	Menos de 10,0	6
Pressão arterial sistólica em milímetros de mercúrio	100 a 109	1
Pressão arterial sistólica em milímetros de mercúrio	90 a 99	2
Pressão arterial sistólica em milímetros de mercúrio	Menos de 90	3
Outros marcadores	Frequência cardíaca igual ou superior a 100 batimentos por minuto	1
Outros marcadores	Melena	1
Outros marcadores	Síncope	2
Outros marcadores	Doença hepática	2
Outros marcadores	Insuficiência cardíaca	2
Interpretação	Pontuação de 0 a 1 indica muito baixo risco, com possibilidade de condução ambulatorial. Pontuação igual ou superior a 2 indica transferência para tratamento endoscópico	Total de 0 a 23

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de hemorragia digestiva. A conversão da ureia de miligramas por decilitro para milimoles por litro consta da padronização do laboratório de cada unidade.

Quadro 173 - Materiais e medicamentos do protocolo de hemorragia digestiva

Item	Referência de uso	Observações
Inibidor de bomba de prótons intravenoso	Omeprazol ou inibidor equivalente, 80 miligramas por via intravenosa em bólus, com manutenção em bólus intermitentes ou em infusão contínua conforme prescrição	Suspeita de sangramento não varicoso, iniciado sem aguardar confirmação e sem retardar a transferência
Terlipressina	2 miligramas por via intravenosa a cada 4 horas e, após o controle do sangramento, 1 miligrama a cada 4 horas	Suspeita de sangramento varicoso; cautela na doença isquêmica, com controle do sódio e vigilância de hiponatremia
Octreotida	50 microgramas por via intravenosa em bólus, seguidos de 50 microgramas por hora em infusão contínua	Alternativa à terlipressina no sangramento varicoso, em bomba de infusão
Antimicrobiano de profilaxia	Ceftriaxona 1 grama por via intravenosa a cada 24 horas, por até 7 dias, em todo usuário com cirrose e hemorragia digestiva, conforme o guia de antimicrobianos da unidade	Indicado em todo usuário com cirrose e hemorragia digestiva, iniciado na própria unidade
Vitamina K	Conforme prescrição médica	Reversão da varfarina, associada ao concentrado de complexo protrombínico na hemorragia grave

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Item	Referência de uso	Observações
Concentrado de complexo protrombínico e agentes de reversão específicos	Conforme prescrição médica e disponibilidade	Não integram o elenco das unidades; obtidos pelo fluxo escrito mantido pelo farmacêutico ou administrados no ponto de referência
Cristaloide isotônico	Volume titulado pela resposta hemodinâmica	Reposição cautelosa na suspeita de sangramento varicoso, para não elevar a pressão portal
Aspirador portátil e material de aspiração	Montado e testado ao lado do leito em todo usuário com hematêmese	Prevenção de broncoaspiração, com registro da conferência por turno
Material de acesso venoso calibroso e de coleta	Dois acessos periféricos calibrosos e tubos de coleta, inclusive para tipagem	Acesso obtido antes da deterioração hemodinâmica, não depois dela

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de hemorragia digestiva.

Os exames são poucos e dirigidos, e a monitorização é o que ocupa o tempo da equipe. O eletrocardiograma de 12 derivações é realizado no usuário com doença cardiovascular, com instabilidade ou com anemia importante. A monitorização é cardíaca contínua, com oximetria e aferição frequente da pressão arterial, em todo usuário com sangramento ativo ou instabilidade. O nível de consciência, a diurese e as perdas, com volume e aspecto dos vômitos e das evacuações, são registrados em intervalos prescritos; a hemoglobina é repetida conforme prescrição; e o índice de choque é recalculado a cada aferição. O novo episódio de hematêmese ou de enterorragia, a queda da pressão arterial, a taquicardia progressiva e a elevação do índice de choque são comunicados imediatamente ao médico pelo enfermeiro assistencial, com horário da comunicação.

Os critérios de gravidade deste protocolo reúnem a repercussão atual, a causa provável e a condição do usuário. São graves a instabilidade hemodinâmica ou o índice de choque elevado; a hematêmese volumosa ou o sangramento persistente; a necessidade de transfusão identificada pelos limiares de referência; a suspeita de sangramento varicoso ou doença hepática descompensada; a idade avançada com comorbidades importantes; o uso de anticoagulante; e o escore de Glasgow-Blatchford elevado. Qualquer um deles encerra a hipótese de permanência na unidade e desloca a decisão para a transferência regulada, ainda que o sangramento tenha cessado no momento do exame.

A permanência em observação é, neste protocolo, a exceção estreita. Permanecem em observação, para confirmação da estabilidade antes da alta, apenas os usuários com

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

hemorragia digestiva alta de muito baixo risco, com escore de Glasgow-Blatchford de 0 ou 1, sem sangramento ativo e hemodinamicamente estáveis, com reavaliação clínica seriada, novo hemograma conforme prescrição e vigilância ativa de recidiva. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades, e a necessidade de vigilância superior a esse limite é critério de transferência (PALMAS, 2026). A admissão em observação na própria unidade não substitui a transferência nos casos com critério de gravidade.

A estabilização é condição para o transporte, mas não pode virar motivo de atraso. Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura e protegida, pressão arterial e perfusão adequadas com ressuscitação em curso, acesso venoso calibroso funcionante, terapia farmacológica iniciada conforme a suspeita e monitorização contínua, sem que a busca da estabilização completa retarde a transferência do usuário com sangramento ativo. São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual todos os usuários com escore de Glasgow-Blatchford igual ou superior a 2, com suspeita de sangramento varicoso, com instabilidade hemodinâmica, com necessidade transfusional, com sangramento persistente e com hemorragia digestiva baixa com repercussão clínica.

O que se pede à regulação é um recurso nominado, e não um leito genérico. Solicita-se o ponto de referência com endoscopia digestiva de urgência e terapia intensiva nos usuários instáveis, no sangramento varicoso e no sangramento maciço ou persistente, e o ponto de referência com radiologia intervencionista ou cirurgia no sangramento refratário, conforme a avaliação do serviço de destino. O transporte do usuário instável ou com sangramento ativo é realizado em suporte avançado, com acesso calibroso e monitorização contínua, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. O enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação, marcos do indicador contratual de tempo entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual (PALMAS, 2026).

A alta existe, e é reservada ao usuário que o escore identifica como de muito baixo risco. A alta com investigação endoscópica ambulatorial é considerada, a critério médico, no usuário com hemorragia digestiva alta de muito baixo risco, com escore de Glasgow-

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Blatchford de 0 ou 1, estável, sem sangramento ativo, com hemoglobina adequada, com acompanhante responsável e com acesso à endoscopia ambulatorial assegurado pela regulação. Na hemorragia digestiva baixa, a alta depende da avaliação médica da estabilidade e da ausência de repercussão clínica. Em todos os casos entrega-se orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato, suspende-se o anti-inflamatório não esteroidal quando for o fator precipitante, e registra-se a contrarreferência à Atenção Primária com o encaminhamento ao serviço de referência (ASM, 2026).

O registro deste protocolo é o que permite ao serviço de destino continuar o tratamento sem recomeçar a investigação. Registram-se no prontuário eletrônico, com horário, o início, o tipo e o volume estimado do sangramento; os sinais vitais seriados e o índice de choque calculado; o escore de Glasgow-Blatchford; o uso de antitrombóticos, com o horário da última dose, e as condutas adotadas; os fluidos e os medicamentos administrados, com dose, via e horário; a tipagem sanguínea e os exames laboratoriais; o contato com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação, horário do aceite e horário de saída; a passagem de caso em instrumento estruturado, com a suspeita, o escore, a hemoglobina, os medicamentos e o uso de antitrombóticos; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

Três grupos de medicamentos e dois riscos assistenciais concentram a atenção da segurança do paciente neste protocolo. A terlipressina, a octreotida e os agentes de reversão da anticoagulação são medicamentos de alta vigilância, com prescrição completa, diluição padronizada, rotulagem e dupla checagem registrada (ANVISA, 2013). A identificação correta do usuário e das amostras laboratoriais é conferida antes de cada coleta, previnem-se a broncoaspiração e a queda por síncope ortostática, e os incidentes são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente, que os classifica segundo a taxonomia internacional para a segurança do paciente (OMS, 2009; BRASIL, 2013b). O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 174 - Indicadores do protocolo de hemorragia digestiva

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Usuários com dois acessos venosos periféricos calibrosos obtidos em até 10 minutos da chegada	90 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com índice de choque calculado e registrado na avaliação inicial	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com escore de Glasgow-Blatchford calculado e registrado antes da decisão de destino	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Usuários com suspeita de sangramento varicoso com fármaco vasoativo esplâncnico e antimicrobiano iniciados em até 30 minutos	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Usuários com suspeita de sangramento não varicoso com inibidor de bomba de prótons intravenoso iniciado em até 30 minutos	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Prescrições de ácido tranexâmico na hemorragia digestiva alta	Zero	Farmacêutico	Mensal
Usuários em uso de anticoagulante com registro do agente e do horário da última dose	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Episódios de broncoaspiração em usuários com hematêmese atendidos na unidade	Apurado caso a caso, com análise de causa pelo Núcleo de Segurança do Paciente	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por protocolo e por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório, do cálculo do escore de Glasgow-Blatchford e do tempo até a terapia farmacológica inicial. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Os desvios são tratados na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários e no Núcleo de Segurança do Paciente, e os temas reincidentes entram no cronograma do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

As referências técnicas do protocolo são a diretriz da European Society of Gastrointestinal Endoscopy para o diagnóstico e o manejo da hemorragia digestiva alta não varicosa (GRALNEK et al., 2021), a diretriz clínica do American College of Gastroenterology sobre hemorragia digestiva alta e ulcerosa (LAINE et al., 2021), o consenso de Baveno VII sobre hipertensão portal (DE FRANCHIS et al., 2022), o ensaio clínico HALT-IT sobre ácido tranexâmico na hemorragia digestiva (HALT-IT TRIAL COLLABORATORS, 2020), o escore de Glasgow-Blatchford (BLATCHFORD; MURRAY; BLATCHFORD, 2000). Essas referências são as que definem o escore de risco aplicado na unidade e a terapia farmacológica iniciada antes da transferência.

A essas se somam as normas federais e profissionais aplicáveis ao atendimento: o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). O efeito de operar com esse recorte é que a unidade não tenta o que não pode fazer e não deixa de fazer o que decide o prognóstico: a hora ganhada na ressuscitação e na informação enviada ao serviço de destino é a hora que o usuário com sangramento varicoso não tem de sobra.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

V.1.9.17 Manejo da dor abdominal aguda

A dor abdominal é a queixa que mais ocupa consultório de urgência e a que menos se resolve com exame. O que separa a cólica benigna da apendicite, da isquemia mesentérica e do aneurisma roto não é um resultado de laboratório, é o exame abdominal repetido pelo mesmo médico com algumas horas de intervalo. Dois erros antigos ainda custam vidas nessa queixa: adiar a analgesia para não mascarar o diagnóstico, conduta que a evidência já descartou porque a analgesia não reduz a acurácia do exame, e dar alta à pessoa idosa ou imunossuprimida com dor sem diagnóstico, justamente o grupo que adoece grave sem febre e sem defesa abdominal.

Numa unidade de pronto atendimento, sem tomografia computadorizada, sem centro cirúrgico e sem internação, o diagnóstico definitivo frequentemente não se completa, e o que a unidade entrega é tempo bem usado: analgesia precoce, reavaliação comparativa e decisão oportuna entre alta, observação e transferência. O protocolo das UPAs 24 horas Norte e Sul organiza o atendimento em torno de três obrigações: medir a dor como sinal vital, tratá-la cedo e reavaliar o abdome antes de qualquer decisão de alta. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo de Dor Abdominal Aguda integra o **Anexo XXXIV**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 175 - Folha de identificação do Protocolo de Dor Abdominal Aguda

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo do Paciente com Dor Abdominal Aguda
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, farmácia, laboratório, radiologia, ultrassonografia e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na padronização da analgesia e dos antimicrobianos
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXIV, Protocolo de Dor Abdominal Aguda**

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Campo	Conteúdo
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____ _____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza a avaliação, a identificação dos sinais de alarme, a analgesia precoce, a investigação diagnóstica inicial, a reavaliação seriada do exame abdominal e a definição segura entre alta, permanência em observação e transferência do usuário adulto com dor abdominal aguda, com ênfase no reconhecimento das condições cirúrgicas e vasculares com risco de morte e das causas extra-abdominais. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, desde a classificação de risco até a alta ou a transferência, e alcança o usuário adulto com dor abdominal de início nas últimas horas ou dias sem diagnóstico prévio que a explique.

Quatro situações saem deste protocolo e seguem percurso próprio. O usuário menor de 12 anos é conduzido pelo pediatra de plantão, segundo o protocolo de urgências pediátricas desta proposta. A gestante, a puérpera e a usuária com suspeita de causa ginecológica ou obstétrica são conduzidas pelo protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas, e a dor abdominal decorrente de trauma, pelo protocolo de manejo do trauma, ambos desta proposta. O usuário com hematêmese, melena ou enterorragia é conduzido pelo protocolo de hemorragia digestiva. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 176 - Competências por categoria profissional no manejo da dor abdominal aguda

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Realiza a anamnese e o exame físico, identifica os sinais de alarme, prescreve a analgesia precoce e os demais medicamentos, solicita e interpreta os exames, executa pessoalmente as reavaliações seriadas do exame abdominal, formula a hipótese diagnóstica, define o nível de cuidado necessário, aciona o Complexo Regulador Estadual e decide o destino
Médico pediatra	Assume o usuário menor de 12 anos, com dose por peso, e permanece responsável pela condução até a alta ou a transferência
Médico ultrassonografista	Executa, no plantão diurno de 6 horas, a ultrassonografia abdominal e pélvica solicitada para investigação de vias biliares, apendicite, causas urológicas e aneurisma de aorta abdominal, e emite o laudo no prontuário eletrônico

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Categoria	Competências
Médico ortopedista	Avalia, por solicitação do médico clínico de urgência, a dor referida em parede abdominal, em região lombar ou em cintura pélvica de origem musculoesquelética, quando essa hipótese integrar o diagnóstico diferencial
Enfermeiro assistencial	Classifica o risco, afere a intensidade da dor por escala padronizada e a registra como sinal vital, monitoriza, administra a analgesia e os demais medicamentos prescritos, reavalia a dor após cada administração com registro do horário, mantém o jejum quando prescrito, aplica o processo de enfermagem e comunica ao médico toda piora da dor, toda alteração dos sinais vitais e toda mudança do exame abdominal percebida no cuidado
Técnico de enfermagem	Afere sinais vitais e glicemia capilar, coleta exames, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro, controla a diurese, os vômitos e as evacuações, prepara o usuário para os exames de imagem e registra cada medida com horário
Farmacêutico	Mantém disponíveis a analgesia padronizada por degraus, os antieméticos, os antiespasmódicos e os antimicrobianos do guia da unidade, orienta dose, via, intervalo e interações, acompanha o uso de opioides como medicamentos de alta vigilância e evita a prescrição de anti-inflamatório não esteroidal nos usuários com risco renal, digestivo ou cardiovascular, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Dispensa a analgesia prescrita, repõe o elenco da sala de medicação, confere validade e lote e registra a dispensação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia de abdome e de tórax solicitada na suspeita de pneumoperitônio, de obstrução intestinal e de causa torácica, no leito quando o usuário não puder ser deslocado
Assistente social	Avalia a situação da pessoa idosa que vive sozinha, a dificuldade de retorno à unidade, a ausência de acompanhante responsável e a falta de vínculo com a Atenção Primária, elementos que pesam na decisão entre alta e permanência, e articula o seguimento, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor abdominal aguda.

As definições delimitam a queixa e nomeiam o que é preciso excluir. Dor abdominal aguda é a dor com duração inferior a 7 dias, habitualmente de início nas últimas horas ou dias, sem diagnóstico prévio que a explique. Abdome agudo é o quadro de dor abdominal aguda que exige decisão diagnóstica e terapêutica rápida, frequentemente cirúrgica, classificado em inflamatório, obstrutivo, perfurativo, vascular e hemorrágico. Sinais de alarme são os achados que indicam maior probabilidade de condição grave ou cirúrgica. Peritonite é a inflamação do peritônio, manifestada por dor à descompressão, defesa abdominal ou rigidez. Causas extra-abdominais são as condições fora do abdome que se manifestam com dor abdominal, entre elas infarto agudo do miocárdio de parede inferior, pneumonia de base, cetoacidose diabética, herpes-zóster e torção testicular.

A abertura do protocolo é do enfermeiro classificador em todo usuário adulto com dor abdominal, sem necessidade de autorização prévia, e começa por uma medida. A

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

intensidade da dor é aferida por escala numérica de 0 a 10 ou equivalente já na classificação de risco e registrada como sinal vital no prontuário eletrônico (ASM, 2026b). São identificados de imediato os usuários com instabilidade hemodinâmica, com sinais de peritonite, com idade igual ou superior a 65 anos, com imunossupressão, em uso de corticosteroide ou de anticoagulante e com possibilidade de gestação. Esse reconhecimento precoce é o que permite que o grupo de maior risco não aguarde na recepção o tempo médio da fila de dor abdominal.

Identificado o risco, a anamnese é conduzida pelo médico plantonista clínico com roteiro fixo. Caracterizam-se início, localização e irradiação, caráter, evolução, fatores de melhora e de piora e sintomas associados, entre eles náuseas, vômitos, febre, alteração do hábito intestinal, sintomas urinários e sangramento, além da data da última menstruação, das cirurgias abdominais prévias, das comorbidades, dos medicamentos e do uso de álcool. O exame compreende a inspeção, a ausculta, a percussão, a palpação superficial e profunda, a pesquisa de sinais de irritação peritoneal e de hérnias, o exame das regiões inguinal e genital quando indicado, o exame cardiopulmonar e a pesquisa de causas extra-abdominais, com toque retal e exame ginecológico pelo médico quando indicados. Registra-se expressamente que a pessoa idosa e a imunossuprimida podem apresentar sinais atenuados, sem febre e sem peritonite evidente, apesar de condição grave (BRASIL, 2003). O quadro seguinte reúne os sinais de alarme da dor abdominal aguda.

Quadro 177 - Sinais de alarme na dor abdominal aguda

Sinal de alarme	Condição a considerar
Hipotensão, taquicardia ou síncope	Hemorragia, aneurisma de aorta abdominal roto, gestação ectópica rota, sepse
Dor de início súbito e intenso	Perfuração de víscera oca, isquemia mesentérica, aneurisma, torção
Dor desproporcional ao exame físico	Isquemia mesentérica aguda
Defesa, rigidez ou dor à descompressão	Perfuração, apendicite complicada, peritonite
Distensão abdominal com vômitos e parada de eliminação de gases e fezes	Obstrução intestinal, hérnia encarcerada ou estrangulada
Febre com icterícia, ou dor com febre e calafrios	Colangite aguda
Idade igual ou superior a 65 anos, imunossupressão, uso de corticosteroide ou de anticoagulante	Apresentação atípica de condição grave
Atraso menstrual, sangramento genital ou dor pélvica em mulher em idade fértil	Gestação ectópica

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Sinal de alarme	Condição a considerar
Massa abdominal pulsátil, ou dor lombar e abdominal com hipotensão em pessoa idosa	Aneurisma de aorta abdominal roto
Fibrilação atrial ou doença vascular com dor intensa	Isquemia mesentérica aguda
Dor em abdome superior com fatores de risco cardiovascular	Infarto agudo do miocárdio

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor abdominal aguda.

A classificação é realizada pelo enfermeiro e considera a intensidade da dor e os sinais de alarme. Vão imediatamente à sala de estabilização, sem aguardar na recepção, os usuários com instabilidade hemodinâmica, com sinais de choque, com sinais de peritonite e com suspeita de aneurisma de aorta abdominal roto. O usuário com suspeita de sepse de foco abdominal é conduzido em paralelo pelo protocolo gerenciado de sepse desta proposta, com antimicrobiano iniciado na própria unidade, porque a primeira hora de antimicrobiano é um ganho que a transferência não devolve. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo na dor abdominal aguda.

Quadro 178 - Conduta escalonada por tempo na dor abdominal aguda

Tempo-alvo	Conduta
Até 5 minutos da chegada	Aferição da intensidade da dor por escala padronizada, com registro como sinal vital, sinais vitais completos com temperatura e saturação, glicemia capilar e identificação dos sinais de alarme pelo enfermeiro classificador
Até 10 minutos no usuário instável	Avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição na sala de estabilização, com acesso venoso, monitorização cardíaca, oximetria, reposição volêmica na hipovolemia e acionamento imediato da regulação na suspeita de aneurisma roto ou de isquemia mesentérica
Até 30 minutos da chegada	Analgesia precoce, inclusive com opioide titulado na dor moderada a intensa, oferecida antes da conclusão da investigação, porque não compromete a acurácia diagnóstica nem retarda o diagnóstico das condições cirúrgicas. Antiemético no usuário com náuseas ou vômitos e jejum oral enquanto houver suspeita de condição cirúrgica
Até 60 minutos da analgesia	Reavaliação da dor pela mesma escala, com registro do valor e do horário. A dor que não se controla com opioide repetido é critério de gravidade e de transferência
Até 60 minutos da chegada	Teste de gravidez em toda mulher em idade fértil, antes de exame de imagem com radiação e de medicamento com risco na gestação; exames laboratoriais dirigidos pela hipótese; e eletrocardiograma de 12 derivações no usuário com dor em abdome superior, na pessoa idosa, no diabético e no portador de fatores de risco cardiovascular
Conforme a hipótese	Imagem disponível na unidade, com radiografia na suspeita de pneumoperitônio ou de obstrução intestinal e ultrassonografia no plantão diurno de 6 horas. A tomografia computadorizada não é realizada nas unidades e, quando indicada, motiva a transferência regulada

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Tempo-alvo	Conduta
A cada 2 a 4 horas em observação	Reavaliação seriada do exame abdominal, realizada preferencialmente pelo mesmo médico, com registro comparativo em relação ao exame anterior. A piora do exame, a persistência da dor e o surgimento de sinal de alarme determinam a transferência
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação da hipótese, dos achados do exame abdominal seriado, dos exames realizados, da analgesia administrada, do antimicrobiano iniciado e do nível de cuidado necessário
Antes da alta	Reavaliação médica com registro expresso da ausência dos sinais de alarme pesquisados, da tolerância à dieta oral e do controle da dor com medicação oral, e entrega de orientação por escrito

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor abdominal aguda.

O apoio diagnóstico das duas unidades tem uma assimetria de cobertura que este protocolo resolve por regra escrita, e não por improviso do plantão. O laboratório de análises clínicas, a radiologia e a eletrocardiografia funcionam nas 24 horas nas duas unidades. A ultrassonografia é realizada por médico ultrassonografista em plantão diurno de 6 horas (PALMAS, 2026), de modo que o exame solicitado fora desse período tem três destinos possíveis, definidos pelo médico assistente e registrados no prontuário: a transferência regulada, quando o exame é necessário para a decisão imediata e o usuário apresenta sinal de alarme; a permanência em observação com reavaliação clínica seriada e realização do exame no plantão seguinte, quando o usuário está estável e sem sinal de alarme; ou a alta com reavaliação programada e exame agendado pela regulação ambulatorial, quando a hipótese é de condição benigna.

Essa regra tem um limite que o protocolo declara para que não seja contornado. A indisponibilidade da ultrassonografia no período noturno nunca é motivo para retardar a transferência do usuário com suspeita de condição cirúrgica ou vascular, e a espera por qualquer exame não precede a analgesia nem o acionamento da regulação. Essa é a diferença entre organizar a investigação e condicioná-la ao recurso que falta no turno, e ela é verificada no registro do horário da analgesia e do horário do acionamento da regulação, que não dependem de nenhum exame.

Os exames complementares seguem a hipótese e a disponibilidade: teste de gravidez em toda mulher em idade fértil; hemograma, proteína C-reativa, ureia, creatinina, eletrólitos e glicemia; lipase, preferencialmente, ou amilase na suspeita de pancreatite; bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase na

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

dor em hipocôndrio direito ou na icterícia; exame de urina na suspeita de causa urinária; lactato na suspeita de isquemia mesentérica ou de sepse, com registro de que o valor normal não exclui a isquemia; e eletrocardiograma nas situações já indicadas. A realização de exames não retarda a transferência do usuário com sinal de alarme que necessite de avaliação cirúrgica. Os dois quadros seguintes reúnem as hipóteses diagnósticas com a conduta inicial na unidade e os materiais e medicamentos do protocolo.

Quadro 179 - Hipóteses diagnósticas e conduta inicial na unidade

Hipótese	Achados sugestivos	Conduta inicial na unidade
Apendicite aguda	Dor periumbilical migrando para a fossa ilíaca direita, anorexia, náuseas, febre e leucocitose	Analgesia, jejum e hidratação, com antimicrobiano conforme o guia da unidade, e transferência regulada para avaliação cirúrgica
Colecistite aguda e colangite	Dor em hipocôndrio direito, sinal de Murphy e febre, com icterícia na colangite	Analgesia, jejum, hidratação e antimicrobiano. A colangite com sepse recebe em paralelo o protocolo gerenciado de sepse, com transferência regulada
Pancreatite aguda	Dor epigástrica em faixa, vômitos e lipase ou amilase igual ou superior a três vezes o limite superior da normalidade	Analgesia, hidratação com cristaloide em volume definido pela avaliação médica e transferência regulada
Obstrução intestinal	Dor em cólica, distensão, vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, cirurgia abdominal prévia ou hérnia	Jejum, sonda nasogástrica quando prescrita, hidratação, correção eletrolítica e transferência regulada para avaliação cirúrgica
Perfuração de víscera oca	Dor súbita e intensa, peritonite difusa e pneumoperitônio na radiografia	Estabilização, antimicrobiano e analgesia, com transferência regulada imediata para serviço com cirurgia
Isquemia mesentérica aguda	Dor intensa desproporcional ao exame, pessoa idosa, fibrilação atrial e doença vascular	Estabilização e acionamento imediato da regulação para o ponto de referência com cirurgia vascular ou geral e angiotomografia
Aneurisma de aorta abdominal roto	Dor abdominal ou lombar, hipotensão, massa pulsátil e pessoa idosa	Ressuscitação conforme a decisão médica, com acionamento imediato da regulação para o ponto de referência com cirurgia vascular
Hérnia encarcerada ou estrangulada	Abaulamento doloroso irredutível e sinais de obstrução	Analgesia e transferência regulada para avaliação cirúrgica, sem insistir na redução diante de sinais de estrangulamento
Cólica renal não complicada	Dor em cólica lombar com irradiação, sem febre e sem sinais de obstrução complicada	Analgesia com anti-inflamatório não esteroidal quando não contraindicado, orientação por escrito e seguimento na Atenção Primária
Gastroenterite aguda, dispepsia, constipação e infecção urinária baixa não complicada	Quadro de baixa gravidade, sem sinal de alarme, com hidratação oral possível	Tratamento sintomático na unidade, orientação por escrito e contrarreferência à Atenção Primária, após exclusão dos sinais de alarme

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor abdominal aguda.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 180 - Materiais e medicamentos do protocolo de dor abdominal aguda

Item	Referência de uso	Observações
Dipirona e paracetamol	Conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade e a prescrição médica	Primeiro degrau da analgesia, administrados na dor leve e associados nos degraus seguintes
Anti-inflamatório não esteroidal	Conforme prescrição médica	Indicado na cólica renal não complicada; evitado na pessoa idosa com risco renal, no usuário desidratado, na doença renal crônica, no sangramento digestivo e na gestação
Opioide	Doses tituladas na dor moderada a intensa, conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Medicamento de alta vigilância, com prescrição completa e dupla checagem registrada, prevenção de queda e vigilância da sedação após a administração
Antiemético e antiespasmódico	Conforme prescrição médica	Administrados ao usuário com náuseas e vômitos, com prevenção de broncoaspiração
Antimicrobiano por foco	Conforme o guia de antimicrobianos da unidade, elaborado com a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	Foco intra-abdominal, biliar ou urinário, iniciado na própria unidade e sem retardo diante de sepse
Cristaloide isotônico	Volume definido pelo estado volêmico e pela avaliação médica	Hidratação venosa e reposição na hipovolemia
Sonda nasogástrica e sonda vesical	Conforme prescrição médica	Sonda nasogástrica na obstrução intestinal com vômitos ou distensão importante; sonda vesical para controle de diurese quando indicada
Escala padronizada de dor	Aferição na classificação de risco e reavaliação após cada analgesia	Instrumento afixado nas salas de classificação de risco e nos consultórios das duas unidades, com registro obrigatório em prontuário

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de dor abdominal aguda.

A monitorização deste protocolo é sobretudo clínica, e o seu instrumento é o exame repetido. Reavalia-se a dor após cada analgesia, com registro da escala e do horário; realizam-se reavaliações seriadas do exame abdominal nos usuários em observação, preferencialmente pelo mesmo médico e registradas de forma comparativa, para que a mudança seja visível a quem lê o prontuário; aferem-se sinais vitais seriados, diurese, vômitos e evacuações; e mantém-se monitorização cardíaca contínua nos usuários instáveis ou com suspeita de causa cardiovascular. A piora da dor, o surgimento de febre, a hipotensão, a taquicardia e a alteração do exame abdominal são comunicados

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

imediatamente ao médico pelo enfermeiro assistencial, com horário da comunicação registrado.

Os critérios de gravidade combinam o achado inicial, a resposta ao tratamento e a evolução nas reavaliações. São graves a presença de qualquer sinal de alarme; a sepse ou o choque; a necessidade de opioide repetido sem controle da dor; a piora do exame abdominal nas reavaliações; as alterações laboratoriais relevantes, entre elas leucocitose importante, lactato elevado, lesão renal aguda e hiperbilirrubinemia; e o achado de imagem compatível com condição cirúrgica. A permanência em observação é reservada aos usuários sem sinal de alarme com diagnóstico ainda indefinido, e aos que aguardam ultrassonografia no plantão seguinte estando estáveis, sempre para analgesia, exames e reavaliações seriadas do exame abdominal.

Essa permanência é vigiada e tem prazo. A persistência ou a piora da dor, a mudança do exame físico e o surgimento de sinal de alarme determinam a transferência. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades, e a necessidade de observação superior a esse limite é critério de transferência (PALMAS, 2026). Considera-se o usuário estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, pressão arterial e perfusão adequadas com ressuscitação em curso, dor controlada ou em controle, acesso venoso funcionante e antimicrobiano iniciado quando indicado, sem que a busca da estabilização completa retarde a transferência das condições cirúrgicas e vasculares com risco de morte.

A lista de transferência deste protocolo inclui dois grupos que não se definem pelo achado, mas pela incerteza. São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os usuários com suspeita de abdome agudo cirúrgico ou vascular, com sepse de foco abdominal, com pancreatite aguda, com dor não controlada, com necessidade de tomografia computadorizada, e as pessoas idosas e imunossuprimidas com dor abdominal sem diagnóstico definido. O nível de cuidado solicitado é o ponto de referência com cirurgia geral no abdome agudo inflamatório, obstrutivo ou perfurativo e na hérnia encarcerada, e o ponto de referência com cirurgia vascular e terapia intensiva no aneurisma de aorta roto e na isquemia mesentérica. A usuária com suspeita de gestação ectópica é encaminhada ao ponto de referência definido pelo Complexo Regulador Estadual, conforme o protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas desta proposta.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O meio de transporte acompanha a condição do usuário e é registrado com horário. O transporte do usuário instável é realizado em suporte avançado, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. O enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação à regulação, marcos do indicador contratual de tempo entre a decisão de transferência e o registro no Complexo Regulador Estadual (PALMAS, 2026), e acompanha o usuário até a saída com a passagem de caso concluída.

A alta é possível e frequente nesta queixa, e por isso recebe condições cumulativas. A alta é considerada, a critério médico, quando o usuário estiver sem sinais de alarme, com dor controlada com medicação oral, com tolerância à dieta oral, com sinais vitais normais, com exame abdominal sem sinais de peritonite na reavaliação e com diagnóstico provável de condição benigna. Entrega-se orientação por escrito sobre os sinais de alarme e o retorno imediato, nomeadamente piora da dor, febre, vômitos persistentes, distensão abdominal e sangramento, com reavaliação programada quando o diagnóstico permanecer indefinido e contrarreferência à Atenção Primária (ASM, 2026).

Um grupo de usuários não recebe alta pelo critério comum. A alta da pessoa idosa e da imunossuprimida sem diagnóstico definido exige cautela adicional, registro expresso da reavaliação e, quando não houver acompanhante responsável ou condição de retorno, avaliação do assistente social de plantão antes da decisão, conforme as prioridades asseguradas à pessoa idosa (BRASIL, 2003) e à pessoa com deficiência (BRASIL, 2015). Essa exigência é verificada na auditoria de prontuários, porque é nesse grupo que a alta precoce produz o retorno grave em 48 horas. Quando a reavaliação em domicílio não puder ser assegurada, o médico opta pela permanência em observação ou pelo acionamento da regulação, e registra expressamente a razão da escolha no prontuário eletrônico.

O registro deste protocolo é o que torna a reavaliação auditável. Registram-se no prontuário eletrônico, com horário, as características da dor e a escala de intensidade em cada aferição; os sinais de alarme pesquisados, presentes ou ausentes, de forma expressa; o exame abdominal inicial e cada reavaliação seriada, de forma comparativa; o resultado do teste de gravidez nas mulheres em idade fértil; os exames solicitados e os seus

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

resultados; a analgesia e os demais medicamentos, com dose, via, horário e resposta; a hipótese diagnóstica e a conduta; o contato com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação, horário do aceite e horário de saída, ou as orientações de alta entregues; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

A analgesia precoce, que é a diretriz central deste protocolo, traz riscos próprios que são controlados. O opioide é medicamento de alta vigilância, com prescrição completa e dupla checagem registrada (ANVISA, 2013). Previnem-se a queda após a administração de opioide, conforme o protocolo institucional de prevenção de quedas (ASM, 2025b), e a broncoaspiração no usuário com vômitos; confirma-se o teste de gravidez antes de exame com radiação e de medicamento teratogênico; e os incidentes são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). A passagem de caso é feita em instrumento estruturado e inclui o exame abdominal seriado. O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

Quadro 181 - Indicadores do protocolo de dor abdominal aguda

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Usuários com dor abdominal com intensidade aferida por escala padronizada e registrada na classificação de risco	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Tempo entre a chegada e a primeira analgesia no usuário com dor moderada a intensa	Até 30 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com dor reavaliada e registrada em até 60 minutos após a analgesia	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Mulheres em idade fértil com teste de gravidez realizado antes de exame com radiação ou de medicamento com risco na gestação	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Usuários mantidos em observação com reavaliação seriada do exame abdominal registrada de forma comparativa	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Altas com registro expresso da pesquisa dos sinais de alarme e da reavaliação médica antes da decisão	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Retorno não programado em até 48 horas de usuários com alta por dor abdominal	Até 20 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários com idade igual ou superior a 65 anos com alta por dor abdominal sem diagnóstico definido com reavaliação programada registrada	95 por cento	Assistente social	Mensal
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por protocolo e por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório, do tempo até a primeira analgesia e do registro das reavaliações seriadas do exame abdominal. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. O retorno não programado em 48 horas por dor abdominal é analisado caso a caso na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, porque é o indicador que melhor revela alta precoce nessa queixa, e os temas reincidentes entram no cronograma do Núcleo de Educação Permanente em Saúde.

As referências técnicas do protocolo são a revisão sistemática Cochrane sobre analgesia no usuário com dor abdominal aguda (MANTEROLA et al., 2011), a atualização das diretrizes de Jerusalém da World Society of Emergency Surgery para o diagnóstico e o tratamento da apendicite aguda (DI SAVERIO et al., 2020), as diretrizes atualizadas da World Society of Emergency Surgery sobre isquemia mesentérica aguda (BALA et al., 2022), as Tokyo Guidelines para colecistite aguda (OKAMOTO et al., 2018), a diretriz do American College of Gastroenterology para o manejo da pancreatite aguda (TENNER et al., 2024), o escore de Alvarado (ALVARADO, 1986).

A essas se somam as normas federais e profissionais que disciplinam o atendimento: o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). A consequência de operar assim é que a dor abdominal deixa de ser decidida pelo exame que falta e passa a ser decidida pelo exame que a equipe repete e documenta.

V.1.9.18 Manejo de urgências ginecológicas e obstétricas

Nenhuma urgência da porta de entrada é tão sensível ao tempo e tão vigiada pela sociedade quanto a urgência obstétrica, porque a morte materna é, na maior parte dos casos, evitável, e o que a evita costuma ser simples. As UPAs 24 horas Norte e Sul não são maternidade, não têm obstetra nem ginecologista no quadro, não dispõem de leito obstétrico, de centro cirúrgico, de agência transfusional nem de hemocomponentes, e não realizam parto programado, cesariana nem esvaziamento uterino. Essa lista de ausências não é limitação a ser contornada no plantão: ela define, de antemão, quais quadros obstétricos a unidade conduz até o fim e quais ela estabiliza para transferir.

Por isso o protocolo não promete resolver, promete reconhecer, estabilizar e transferir com segurança, e trata como obrigação técnica da equipe quatro gestos que cabem inteiramente em uma unidade de pronto atendimento e mudam o desfecho: calcular o índice de choque em toda mulher com sangramento, administrar sulfato de magnésio na eclâmpsia e na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, aplicar ácido tranexâmico na hemorragia pós-parto dentro de três horas (OMS, 2017) e acionar o Complexo Regulador Estadual antes de concluir a investigação. A mulher com queixa obstétrica é conduzida pelo médico clínico de urgência, com apoio do pediatra de plantão nos cuidados ao recém-nascido quando o nascimento ocorrer na unidade.

Esses gestos estão escritos em documento próprio, e não entregues ao critério do plantão. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido, aqui reproduzido na íntegra com as adaptações exigidas pela realidade das duas unidades. O Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas integra o **Anexo XXXV**. A folha de identificação seguinte traz a denominação

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 182 - Folha de identificação do Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo das Urgências Ginecológicas e Obstétricas
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, área de isolamento, farmácia, laboratório, radiologia, ultrassonografia, imunização e profilaxias, serviço social, vigilância em saúde e o processo de transferência
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na padronização dos kits e das diluições
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, de óbito materno, de caso de near miss ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXV, Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o acolhimento, a avaliação, a estabilização e a transferência regulada das mulheres com urgências ginecológicas e obstétricas, inclusive sangramento genital, dor pélvica, gestação ectópica, abortamento, síndromes hipertensivas da gestação, eclâmpsia, síndrome HELLP, hemorragia pós-parto, parto iminente e violência sexual, com foco na prevenção da morte materna e na entrega segura da usuária ao ponto de referência definido pelo Complexo Regulador Estadual, em consonância com a Rede Alyne. Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, e alcança as mulheres em idade reprodutiva, as gestantes em qualquer idade gestacional e as puérperas até 42 dias após o parto ou o abortamento.

Dentro desse alcance, dois grupos e três situações recebem tratamento declarado, para que a condução não varie com o plantão. As adolescentes recebem as mesmas condutas clínicas, observadas as garantias do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), e o recém-nascido que nascer na unidade é assistido pelo pediatra de

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

plantão. A parada cardiorrespiratória na gestante é conduzida pelo protocolo de parada cardiorrespiratória e ressuscitação cardiopulmonar, o trauma na gestante, pelo protocolo de manejo do trauma, e a sepse materna, pelo protocolo gerenciado de sepse, todos desta proposta. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 183 - Competências por categoria profissional no manejo das urgências ginecológicas e obstétricas

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Realiza a avaliação clínica e obstétrica, define a síndrome entre hemorrágica, hipertensiva, dolorosa, de trabalho de parto e de violência, prescreve sulfato de magnésio, anti-hipertensivo de ação rápida, uterotônicos e ácido tranexâmico, assiste o parto iminente, decide o nível de cuidado necessário, aciona o Complexo Regulador Estadual e define o destino. Conduz também as urgências ginecológicas fora da gestação, uma vez que o quadro de pessoal das unidades não contempla obstetra nem ginecologista
Médico pediatra	Assiste o recém-nascido quando o nascimento ocorrer na unidade, executa a reanimação neonatal quando necessária, mantém o recém-nascido aquecido e monitorado e permanece responsável por ele até a transferência
Médico ultrassonografista	Executa, no plantão diurno de 6 horas, a ultrassonografia pélvica, transvaginal e obstétrica solicitada, com emissão de laudo no prontuário eletrônico, sem que a sua indisponibilidade retarde a transferência da usuária instável
Enfermeiro assistencial	Realiza o acolhimento com classificação de risco obstétrico, afere os sinais vitais e calcula o índice de choque, posiciona a gestante de segunda metade em decúbito lateral esquerdo, obtém dois acessos venosos calibrosos, ausculta os batimentos cardíacos fetais com o detector fetal portátil, onde a unidade o possui, e quando capacitado e com equipamento disponível, administra os medicamentos prescritos com vigilância de toxicidade do sulfato de magnésio, quantifica o sangramento, presta assistência ao parto conforme a sua habilitação e as normas do Conselho Federal de Enfermagem, aplica o processo de enfermagem e registra
Técnico de enfermagem	Afere sinais vitais e glicemia capilar, prepara o material e os kits, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro, pesa compressas e absorventes para quantificação do sangramento, controla a diurese horária e registra cada medida com horário
Farmacêutico	Mantém conferidos e repostos o kit de hemorragia pós-parto, o kit de pré-eclâmpsia e eclâmpsia e o kit de parto nas duas unidades, garante a disponibilidade de sulfato de magnésio, gluconato de cálcio, ocitocina, ácido tranexâmico e anti-hipertensivos de ação rápida, padroniza diluições e velocidades, confere o rótulo das soluções preparadas e orienta a equipe sobre os medicamentos de alta vigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe os kits imediatamente após cada uso, confere validade e lote e registra a movimentação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia solicitada, com proteção da gestante e registro da idade gestacional, e apenas quando o exame for indispensável à decisão clínica
Assistente social	Acolhe a mulher em situação de violência sexual com sigilo e privacidade, articula a rede de proteção e os órgãos competentes, apoia a adolescente e a mulher sem vínculo com o pré-natal, atua nos casos de abortamento com acolhimento sem julgamento e organiza o seguimento na rede, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências ginecológicas e obstétricas.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

As definições deste protocolo existem para que a equipe nomeie rapidamente o quadro e saiba o que ele exige. Gestação ectópica é a implantação do embrião fora da cavidade uterina, mais frequentemente na tuba uterina, e pode evoluir com ruptura e hemorragia intra-abdominal com risco de morte. Abortamento é a interrupção da gestação antes de 20 a 22 semanas ou com concepto de peso inferior a 500 gramas, classificado clinicamente em ameaça de abortamento, abortamento inevitável, incompleto, completo, retido e infectado. Pré-eclâmpsia é a hipertensão arterial igual ou superior a 140 por 90 milímetros de mercúrio identificada após a vigésima semana de gestação, associada a proteinúria, a disfunção de órgão-alvo ou a disfunção uteroplacentária.

Dentro da pré-eclâmpsia, o que muda a conduta é a presença de sinais de gravidade. São sinais de gravidade a pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio, a cefaleia persistente, as alterações visuais, a dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, as náuseas e os vômitos, a oligúria, o edema agudo de pulmão, a plaquetopenia, a elevação de transaminases ou de creatinina e a iminência de eclâmpsia. Eclâmpsia é a crise convulsiva tônico-clônica em gestante ou puérpera com pré-eclâmpsia, na ausência de outra causa, e pode ocorrer antes, durante ou após o parto. Síndrome HELLP é a associação de hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, forma grave ligada à pré-eclâmpsia.

Três definições completam o conjunto e governam a hemorragia e o parto. Hemorragia pós-parto é a perda sanguínea igual ou superior a 500 mililitros após parto vaginal ou a 1.000 mililitros após cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda que cause instabilidade hemodinâmica. Índice de choque é a razão entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica, e na gestante e na puérpera o valor igual ou superior a 0,9 sinaliza perda sanguínea significativa, enquanto o valor igual ou superior a 1,4 indica gravidade (OPAS, 2018). Parto iminente é o trabalho de parto em período expulsivo, com dilatação completa ou polo fetal visível, sem tempo hábil para transferência segura, hipótese em que a assistência ao nascimento ocorre na própria unidade.

A abertura do protocolo é de qualquer profissional assistencial, sem necessidade de autorização prévia, e começa por uma pergunta que não se dispensa. Toda mulher em

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

idade reprodutiva com dor abdominal ou pélvica, sangramento genital, síncope ou choque é investigada quanto à gestação por dosagem de gonadotrofina coriônica. As gestantes e as puérperas são identificadas desde a recepção e encaminhadas imediatamente à classificação de risco, sem triagem por ordem de chegada, e a mulher tem assegurado o acompanhante de livre escolha durante todo o atendimento. A recepcionista e o enfermeiro classificador são treinados para esse reconhecimento na admissão, e o cumprimento é verificado na auditoria mensal de prontuários.

A história obstétrica é colhida de forma estruturada, porque dela sai a idade gestacional que define a conduta. Obtêm-se a data da última menstruação e a idade gestacional, o número de gestações, partos e abortamentos, os registros do pré-natal na caderneta da gestante, as características do sangramento com início, volume, coágulos e presença de restos, a dor, a perda de líquido, os movimentos fetais, as contrações, os sintomas de pré-eclâmpsia, a febre, os medicamentos, as alergias e a tipagem sanguínea com fator Rh quando conhecidos. O médico clínico de urgência consolida esses dados e o assistente social de plantão apoia a obtenção da informação quando a usuária não puder fornecê-la.

Desses dados sai uma lista de alertas que dispensa discussão e aciona o médico de imediato. São sinais de alerta obstétrico que exigem avaliação médica imediata o sangramento genital volumoso ou o índice de choque igual ou superior a 0,9; a dor abdominal intensa, sobretudo com instabilidade, que sugere gestação ectópica rota, descolamento prematuro de placenta ou rotura uterina; a pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio, ou igual ou superior a 140 por 90 acompanhada de sintomas; a convulsão, a cefaleia intensa, as alterações visuais e a epigastralgia; a febre com dor pélvica ou após abortamento ou parto; a perda de líquido, as contrações regulares e o período expulsivo; a redução ou a ausência de movimentos fetais; e a dispneia, a dor torácica e a alteração do nível de consciência.

A classificação utiliza protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico alinhado às orientações do Ministério da Saúde, aplicado pelo enfermeiro, e as situações de alerta obstétrico recebem atendimento imediato na sala de estabilização (ASM, 2026b). A avaliação inicial compreende sinais vitais completos com cálculo do índice de choque, saturação, temperatura, glicemia capilar e nível de consciência; pressão arterial

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

aferida com a usuária sentada ou em decúbito lateral esquerdo, com manguito adequado e medida repetida para confirmação; exame abdominal com altura uterina e dinâmica uterina; exame especular e toque vaginal por profissional habilitado quando indicados, sendo vedado o toque vaginal na gestação de segunda metade com sangramento até a exclusão de placenta prévia por ultrassonografia; e avaliação de edema, de reflexos tendinosos e de sinais de sangramento. A gestante com útero no nível da cicatriz umbilical ou acima é mantida em decúbito lateral esquerdo, ou com deslocamento manual do útero para a esquerda, para evitar a compressão aortocava.

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais é o único item da avaliação inicial que difere entre as duas unidades. Na UPA 24 horas Sul, a ausculta é realizada com o detector fetal portátil que integra a relação de bens da unidade, a partir da idade gestacional em que for possível, com registro da frequência e do horário no prontuário eletrônico. Na UPA 24 horas Norte, em que o detector fetal não integra a relação de bens, a avaliação da vitalidade fetal se apoia na dinâmica uterina, na altura uterina, no relato de movimentos fetais e na ausculta com estetoscópio quando a idade gestacional permitir, e a ausência do dado nunca retarda o acionamento da regulação: na gestante com sinal de alerta, a solicitação de transferência precede qualquer tentativa de completar a avaliação fetal. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo nas urgências ginecológicas e obstétricas.

Quadro 184 - Conduta escalonada por tempo nas urgências ginecológicas e obstétricas

Tempo-alvo	Conduta
Até 5 minutos da chegada	Identificação da gestante ou puérpera desde a recepção, sinais vitais completos, cálculo do índice de choque, glicemia capilar, posicionamento em decúbito lateral esquerdo na gestante de segunda metade e garantia do acompanhante de livre escolha
Até 10 minutos	Avaliação por via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição na sala de estabilização diante de sinal de alerta obstétrico, com dois acessos venosos calibrosos, monitorização cardíaca, oximetria, oxigenoterapia conforme a saturação e quantificação do sangramento por pesagem de compressas e absorventes
Até 20 minutos	Dosagem de gonadotrofina coriônica em toda mulher em idade reprodutiva com queixa compatível, hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea e fator Rh, e, nas hemorragias graves, coagulograma e fibrinogênio quando disponível
Até 20 minutos, hipertensão	Anti-hipertensivo de ação rápida sempre que a pressão arterial for igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio, com redução controlada e alvo de referência de sistólica entre 140 e 150 e de diastólica entre 90 e 100, evitando hipotensão. Utiliza-se hidralazina intravenosa ou nifedipino de liberação imediata por via oral, nunca por via sublingual

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Tempo-alvo	Conduta
Até 20 minutos, eclâmpsia e pré-eclâmpsia grave	Sulfato de magnésio como anticonvulsivante de escolha na eclâmpsia, na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou iminência de eclâmpsia e na síndrome HELLP, em esquema de Zuspan por via intravenosa em bomba de infusão ou em esquema de Pritchard por via intramuscular quando não houver bomba disponível, com gluconato de cálcio ao lado do leito. Na convulsão eclâmptica, protege-se a usuária contra traumas, mantém-se o decúbito lateral esquerdo, assegura-se a via aérea e administra-se o sulfato de magnésio, sem benzodiazepínico como primeira escolha
Até 10 minutos, hemorragia pós-parto	Acionamento da equipe, massagem uterina e compressão bimanual, esvaziamento vesical e ocitocina intravenosa como uterotônico de primeira linha, com reposição volêmica com cristaloide aquecido
Até 3 horas do parto, hemorragia pós-parto	Ácido tranexâmico 1 grama por via intravenosa em 10 minutos, administrado o mais precocemente possível e sempre dentro de 3 horas do parto, com segunda dose de 1 grama se o sangramento persistir após 30 minutos ou recomeçar em até 24 horas. Uterotônicos de segunda linha conforme prescrição, sendo a metilergometrina contraindicada na hipertensão e na pré-eclâmpsia
Até 20 minutos, sangramento de primeira metade	Diante de instabilidade com gonadotrofina coriônica positiva, considera-se gestação ectópica rota, com ressuscitação, tipagem e acionamento imediato da regulação para o ponto de referência com centro cirúrgico. Na usuária estável, dosagem, ultrassonografia quando disponível no plantão e encaminhamento regulado para definição diagnóstica e terapêutica
Imediato, sangramento de segunda metade	Suspeita de placenta prévia, descolamento prematuro de placenta ou rotura uterina. Não se realiza toque vaginal. Estabiliza-se, mantém-se o decúbito lateral esquerdo, obtêm-se dois acessos calibrosos e tipagem e aciona-se a regulação de imediato, com transporte em suporte avançado
Parto iminente	Acionamento do médico clínico de urgência, do pediatra de plantão e da equipe de enfermagem, com solicitação de apoio ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência pela Central de Regulação das Urgências. Preparo do kit de parto e do material de reanimação neonatal em ambiente aquecido, assistência ao parto com técnica asséptica e sem manobra de pressão sobre o fundo uterino, contato pele a pele, secagem e aquecimento do recém-nascido, clampeamento do cordão entre 1 e 3 minutos no recém-nascido com boa vitalidade, reanimação neonatal pelo pediatra conforme as diretrizes vigentes e ocitocina 10 unidades internacionais por via intramuscular logo após o nascimento para prevenção de hemorragia pós-parto
Até 72 horas da violência sexual	Atendimento emergencial, integral e multidisciplinar, com acolhimento, sigilo e privacidade, e profilaxias no prazo próprio de cada uma, entre elas anticoncepção de emergência, profilaxia pós-exposição ao vírus da imunodeficiência humana, profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis e imunização contra hepatite B, executadas na própria unidade conforme os protocolos vigentes do Ministério da Saúde ou no serviço de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual. A notificação é imediata e o boletim de ocorrência não é condição para o atendimento
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação da idade gestacional, do diagnóstico, do índice de choque, da pressão arterial, dos medicamentos administrados com horários e da condição materna e fetal, observado o fluxo de vinculação da Rede Alyne

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências ginecológicas e obstétricas.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

As urgências ginecológicas fora da gestação têm condução inicial própria e um limite declarado. O sangramento uterino anormal agudo com instabilidade recebe ressuscitação, tipagem e transferência regulada para o ponto de referência com ginecologia. A suspeita de torção anexial, caracterizada por dor pélvica súbita com náuseas e vômitos, é transferida com urgência para avaliação cirúrgica, porque o tempo define a viabilidade do anexo. A doença inflamatória pélvica recebe antimicrobiano conforme o protocolo do Ministério da Saúde para infecções sexualmente transmissíveis, com transferência nos casos graves, com abscesso ou com falha de tratamento ambulatorial. O cisto ovariano roto com hemoperitônio e instabilidade recebe ressuscitação e transferência regulada. Em todos esses casos a condução inicial é do médico clínico de urgência, e a ausência de ginecologista no quadro das unidades é compensada pelo acionamento precoce da regulação, nunca pela espera de avaliação especializada na própria unidade.

O abortamento exige dois cuidados simultâneos, o clínico e o relacional. O abortamento recebe acolhimento sem julgamento, analgesia e avaliação de sinais de infecção (ASM, 2026e). O abortamento infectado exige antimicrobiano conforme o guia da unidade, condução em paralelo pelo protocolo gerenciado de sepse e transferência regulada, e o abortamento incompleto com sangramento importante exige transferência para esvaziamento uterino, procedimento que as unidades não realizam. O sigilo profissional é respeitado em todos os casos de abortamento, conforme o Código de Ética Médica (CFM, 2018) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2017).

A profilaxia anti-D é um exemplo de conduta que a unidade não executa e precisa garantir. As mulheres com fator Rh negativo que apresentem sangramento, abortamento ou gestação ectópica têm a necessidade de profilaxia com imunoglobulina anti-D registrada no prontuário e informada expressamente ao ponto de referência na solicitação de transferência, de modo que a profilaxia seja garantida no serviço de destino ou na rede, uma vez que o imunobiológico não integra o elenco das unidades. O registro dessa informação na solicitação é item verificado na auditoria, porque o seu esquecimento transfere para a usuária um risco que a rede poderia ter evitado.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

O apoio diagnóstico tem a mesma assimetria de cobertura dos demais protocolos, e a regra é escrita. O laboratório de análises clínicas, a radiologia e a eletrocardiografia funcionam nas 24 horas nas duas unidades. A ultrassonografia pélvica, transvaginal e obstétrica é realizada por médico ultrassonografista em plantão diurno de 6 horas (PALMAS, 2026). Fora desse período, a decisão clínica não aguarda o exame: a usuária instável, a com suspeita de gestação ectópica rota e a com sangramento de segunda metade são transferidas de imediato, com o exame a ser realizado no ponto de referência; a usuária estável, sem sinal de alerta, pode permanecer em observação para realização do exame no plantão seguinte, com reavaliação clínica seriada e registro da decisão no prontuário; e a usuária com quadro de baixa gravidade recebe alta com exame agendado pela regulação ambulatorial e reavaliação programada.

Duas regras acompanham essa decisão e não admitem exceção. A indisponibilidade da ultrassonografia no período noturno nunca justifica retardo na transferência, e a proibição do toque vaginal na gestação de segunda metade com sangramento permanece válida independentemente da disponibilidade do exame. Os exames complementares seguem o quadro: gonadotrofina coriônica urinária ou sérica em toda mulher em idade reprodutiva com queixa compatível; hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea e fator Rh; coagulograma e fibrinogênio, quando disponível, nas hemorragias graves; na suspeita de pré-eclâmpsia, proteinúria por fita ou por relação entre proteína e creatinina, creatinina, transaminases, desidrogenase láctica, bilirrubinas e plaquetas; exame de urina e urocultura conforme o quadro; e ultrassonografia conforme a regra de cobertura, sem retardar a transferência da usuária instável. Os dois quadros seguintes trazem o índice de choque com a gravidade na hemorragia obstétrica e os materiais e medicamentos do protocolo.

Quadro 185 - Índice de choque e gravidade na hemorragia obstétrica

Índice de choque	Interpretação e conduta
Inferior a 0,9	Monitorizar, reavaliar os sinais vitais em intervalos prescritos e manter a quantificação do sangramento
Igual ou superior a 0,9	Perda sanguínea significativa: acionar o fluxo de hemorragia pós-parto, obter dois acessos calibrosos, iniciar reposição volêmica, administrar uterotônico e ácido tranexâmico quando indicados, informar a necessidade transfusional ao ponto de referência e acionar a transferência

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Índice de choque	Interpretação e conduta
Igual ou superior a 1,4	Hemorragia grave: medidas imediatas de ressuscitação, uterotônicos e ácido tranexâmico, informação expressa da necessidade de transfusão e de centro cirúrgico, e transferência imediata em suporte avançado

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências ginecológicas e obstétricas e das recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde. O índice de choque complementa, e não substitui, a avaliação clínica e a quantificação do sangramento.

Quadro 186 - Materiais e medicamentos do protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas

Item	Referência de uso	Observações
Sulfato de magnésio, esquema de Zuspan	Ataque de 4 gramas por via intravenosa em 10 a 20 minutos, com manutenção de 1 grama por hora em bomba de infusão	Suspender ou reduzir diante de reflexo patelar ausente, frequência respiratória inferior a 16 incursões por minuto ou diurese inferior a 25 mililitros por hora, com ajuste na insuficiência renal
Sulfato de magnésio, esquema de Pritchard	Ataque de 4 gramas por via intravenosa associado a 10 gramas por via intramuscular, com manutenção de 5 gramas por via intramuscular a cada 4 horas	Alternativa quando não houver bomba de infusão disponível, com as mesmas precauções de vigilância
Gluconato de cálcio a 10 por cento	10 mililitros, equivalentes a 1 grama, por via intravenosa lenta em cerca de 10 minutos	Antídoto da intoxicação por magnésio, mantido ao lado do leito durante todo o uso do sulfato de magnésio
Hidralazina	5 miligramas por via intravenosa, repetida conforme a resposta em intervalos definidos na relação de medicamentos padronizada da unidade	Indicada com pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio, com vigilância para evitar hipotensão
Nifedipino de liberação imediata	10 miligramas por via oral, repetido conforme a resposta em intervalos definidos na relação de medicamentos padronizada da unidade	Administrado exclusivamente por via oral; a via sublingual não é utilizada
Ocitocina	10 unidades internacionais por via intramuscular após o nascimento para prevenção, e esquema intravenoso padronizado para tratamento da atonia uterina	Uterotônico de primeira linha, conservado conforme a orientação do fabricante e com estoque conferido pelo farmacêutico
Ácido tranexâmico	1 grama por via intravenosa em 10 minutos, dentro de 3 horas do parto, com segunda dose de 1 grama conforme a persistência do sangramento	Associado aos uterotônicos e não substitutivo deles; o horário da administração é registrado em relação ao horário do parto

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Item	Referência de uso	Observações
Metilergometrina e misoprostol	Metilergometrina 0,2 miligrama por via intramuscular, contraindicada na hipertensão e na pré-eclâmpsia, e misoprostol por via retal ou sublingual conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Uterotônicos de segunda linha; a metilergometrina é contraindicada na hipertensão e na pré-eclâmpsia
Kit de hemorragia pós-parto, kit de pré-eclâmpsia e eclâmpsia e kit de parto	Mantidos montados na sala de estabilização de cada unidade	Composição padronizada, conferência mensal registrada em lista de verificação pelo farmacêutico e reposição imediata após cada uso
Material de reanimação neonatal	Ventilador manual com máscara neonatal, material de aspiração, campos e compressas aquecidos e fonte de oxigênio	Mantido em ambiente aquecido e com redução da corrente de ar, conferido por turno, para uso pelo pediatra de plantão
Traje antichoque não pneumático	Medida de ponte para a transferência na hemorragia obstétrica grave	Não integra a relação de bens e equipamentos das unidades

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências ginecológicas e obstétricas. As doses de referência são conferidas com os protocolos vigentes do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde e com a padronização de cada unidade antes da utilização.

A monitorização deste protocolo tem dois objetos, o sangramento e a toxicidade do magnésio. Aferem-se sinais vitais e índice de choque seriados, com frequência definida pela gravidade; quantifica-se o sangramento por pesagem de compressas e absorventes; controla-se a diurese horária nas hemorragias e na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade; e auscultam-se os batimentos cardíacos fetais quando aplicável e disponível. Durante o uso de sulfato de magnésio, verificam-se o reflexo patelar, a frequência respiratória e a diurese antes de cada dose e a cada hora, com registro em instrumento próprio conduzido pelo enfermeiro assistencial. A ausência de qualquer dessas verificações antes de uma dose é motivo para suspender a administração e comunicar o médico, porque a toxicidade do magnésio se instala antes de a usuária referir qualquer sintoma.

Essa vigilância tem gatilhos de comunicação imediata, todos registrados com horário. O índice de choque igual ou superior a 0,9, a pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio, a convulsão, a redução dos reflexos e a queda da frequência respiratória durante o uso de sulfato de magnésio são comunicados imediatamente ao médico pelo enfermeiro assistencial. São critérios de gravidade o índice

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

de choque igual ou superior a 0,9; a instabilidade hemodinâmica; o sangramento volumoso; a gestação ectópica rota; o sangramento na segunda metade da gestação; a pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio; os sinais de gravidade da pré-eclâmpsia; a eclâmpsia; a síndrome HELLP; a sepse materna; a alteração do nível de consciência; o edema agudo de pulmão; e o sofrimento fetal.

A permanência na unidade é estreita e nunca serve à conveniência de fluxo. Permanecem em observação, para reavaliação e exames, as usuárias estáveis com queixas ginecológicas de baixa gravidade, as com ameaça de abortamento sem sangramento importante e as que aguardam ultrassonografia no plantão seguinte estando sem sinal de alerta, até a definição do destino. A gestante com hipertensão e a puérpera com queixas têm o destino definido em articulação com o ponto de referência indicado pelo Complexo Regulador Estadual, e não permanecem na unidade por conveniência de fluxo. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades (PALMAS, 2026).

A estabilização para transporte tem conteúdo definido, e não suspende a urgência da transferência. Considera-se a usuária estabilizada quando apresentar via aérea segura, convulsões controladas com sulfato de magnésio em curso, pressão arterial em redução controlada, acessos venosos funcionantes, ressuscitação volêmica em curso nas hemorragias, uterotônico e ácido tranexâmico administrados quando indicados e posicionamento em decúbito lateral esquerdo, sem que a busca da estabilização completa retarde a transferência da usuária com hemorragia ativa que necessite de tratamento cirúrgico. São transferidas pelo Complexo Regulador Estadual, com contato prévio e observado o fluxo de vinculação da Rede Alyne, as gestantes com sinal de alerta obstétrico, as com síndromes hipertensivas, as com sangramento na segunda metade da gestação, as em trabalho de parto, as com gestação ectópica, as com abortamento com complicações, as puérperas com hemorragia pós-parto ou pré-eclâmpsia e as mulheres com urgências ginecológicas cirúrgicas.

O nível de cuidado solicitado identifica o recurso que falta na unidade. Solicita-se o ponto de referência obstétrico de alto risco com terapia intensiva na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, na eclâmpsia, na síndrome HELLP, na hemorragia pós-parto grave e na sepse materna, e o ponto de referência com centro cirúrgico e agência

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

transfusional na gestação ectópica rota, nas hemorragias com instabilidade e na torção anexial. O transporte da usuária instável, em uso de sulfato de magnésio ou com hemorragia ativa é realizado em suporte avançado, em decúbito lateral esquerdo quando gestante, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico.

Quando o nascimento ocorre na unidade, duas pessoas passam a ser objeto do mesmo cuidado. A puérpera e o recém-nascido são transferidos juntos, com identificação de ambos conferida antes da saída, e os cuidados ao recém-nascido seguem as diretrizes de reanimação neonatal (SBP, 2022), conduzidos pelo pediatra de plantão. As unidades não nomeiam serviço de destino: o ponto de referência é o definido pelo Complexo Regulador Estadual, e o enfermeiro assistencial registra o horário da decisão médica e o horário da solicitação, marcos do indicador contratual de tempo entre a decisão de transferência e o registro na regulação (PALMAS, 2026).

A alta é restrita aos quadros esclarecidos e de baixa gravidade, e carrega orientação específica. A alta é considerada, a critério médico, nas usuárias estáveis, com quadro de baixa gravidade esclarecido e resolvido, sem sinal de alerta, com orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato e com vinculação ao pré-natal ou encaminhamento à Atenção Primária ou ao serviço de referência pela regulação ambulatorial (ASM, 2026). A gestante tem o atendimento registrado na caderneta da gestante, e a puérpera recebe orientação expressa de que a pré-eclâmpsia pode surgir ou agravar-se no puerpério, inclusive depois da alta hospitalar, com indicação dos sinais que exigem retorno imediato. A mulher em situação de violência sexual recebe alta somente após as profilaxias cabíveis no prazo, a notificação e a definição do seguimento articulado pelo assistente social de plantão, nos termos da lei que assegura o atendimento obrigatório e integral (BRASIL, 2013).

O registro deste protocolo é mais detalhado do que o dos demais porque dele dependem a continuidade do cuidado e a vigilância do óbito materno. Registram-se no prontuário eletrônico, com horário, a idade gestacional e os dados do pré-natal, a tipagem sanguínea e o fator Rh; os sinais vitais, o índice de choque, a pressão arterial seriada e os batimentos cardíacos fetais; a estimativa e a quantificação do sangramento; os

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

uterotônicos, o ácido tranexâmico, o sulfato de magnésio e os anti-hipertensivos, com dose, via e horário, e a vigilância de toxicidade do magnésio em instrumento próprio; os dados do parto e do recém-nascido quando o nascimento ocorrer na unidade; o contato com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação, horário do aceite e horário de saída; as notificações realizadas; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

Os medicamentos deste protocolo concentram risco alto e por isso têm controle reforçado. O sulfato de magnésio, a ocitocina em infusão, os anti-hipertensivos intravenosos e o ácido tranexâmico são medicamentos de alta vigilância, com diluição padronizada, rotulagem, bomba de infusão quando indicada e dupla checagem registrada (ANVISA, 2013), e o gluconato de cálcio permanece ao lado do leito durante todo o uso do magnésio. A violência sexual é de notificação compulsória imediata, com comunicação aos órgãos de proteção quando a vítima for criança, adolescente ou pessoa idosa, conforme a legislação (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003; BRASIL, 2017e). O óbito materno e o caso de near miss são comunicados à vigilância epidemiológica do Município, e os incidentes são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b). O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

Quadro 187 - Indicadores do protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Mulheres em idade reprodutiva com dor abdominal ou pélvica, sangramento, síncope ou choque com gonadotrofina coriônica solicitada	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Gestantes e puérperas com índice de choque calculado e registrado na avaliação inicial	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Tempo entre a identificação de pressão arterial igual ou superior a 160 por 110 milímetros de mercúrio e a administração de anti-hipertensivo de ação rápida	Até 20 minutos em 90 por cento dos casos	Responsável Técnico Médico	Mensal
Casos de eclâmpsia, pré-eclâmpsia com sinais de gravidade e síndrome HELLP com sulfato de magnésio iniciado em até 20 minutos	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Casos de hemorragia pós-parto com ácido tranexâmico administrado dentro de 3 horas do parto	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Usuárias em uso de sulfato de magnésio com registro horário de reflexo patelar, frequência respiratória e diurese, e gluconato de cálcio ao lado do leito	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Gestações de segunda metade com sangramento sem registro de toque vaginal	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual nas urgências obstétricas	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Casos de violência sexual com profilaxias no prazo e notificação imediata registradas	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Mensal
Kits de hemorragia pós-parto, de pré-eclâmpsia e eclâmpsia e de parto com conferência mensal registrada e completa	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Profissionais assistenciais com capacitação vigente em classificação de risco obstétrico, sulfato de magnésio e hemorragia pós-parto	90 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente em Saúde	Trimestral
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por protocolo e por unidade, com conferência item a item dos elementos de registro obrigatório, do cálculo do índice de choque, do tempo até o sulfato de magnésio e do tempo até o ácido tranexâmico. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Todo caso de eclâmpsia, de hemorragia pós-parto, de parto ocorrido na unidade e de near miss é analisado individualmente no Núcleo de Segurança do Paciente e na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, com retorno à equipe do turno em

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

que ocorreu, e os casos de violência sexual são acompanhados com a vigilância em saúde do Município preservado o sigilo.

As referências técnicas do protocolo são o Manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022b), as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), a recomendação sobre ácido tranexâmico para o tratamento da hemorragia pós-parto (OMS, 2017), o ensaio clínico WOMAN (WOMAN TRIAL COLLABORATORS, 2017), as recomendações sobre índice de choque na hemorragia obstétrica (OPAS, 2018), a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013 (BRASIL, 2013), a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, com a redação da Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que dispõe sobre a Rede Alyne (BRASIL, 2017d).

A essas se somam as normas de notificação, de reanimação neonatal e de responsabilidade profissional aplicáveis: o Anexo V da Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, com a Lista Nacional de Notificação Compulsória e atualizações (BRASIL, 2017e), as diretrizes de reanimação neonatal (SBP, 2022), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). A consequência de operar assim é que a mulher com urgência obstétrica recebe, nas duas unidades, os quatro gestos que a literatura associa à redução da morte materna, e segue para a maternidade de referência com o tratamento começado e a informação completa.

V.1.9.19 Manejo de urgências pediátricas

A criança não descompensa como o adulto. Ela compensa bem, compensa por muito tempo e depois cai de uma vez, e a hipotensão, que no adulto é alerta, na criança é sinal final. O segundo fato que governa este protocolo é que o dano mais frequente da pediatria em porta de urgência não vem da doença, vem da conta: o erro de dose. Por isso o manejo clínico das urgências pediátricas é escrito em dose por quilograma, com teto na dose de adulto, e em tempo medido em minutos, de modo que o plantonista não precise decidir sob pressão o que já está decidido. Numa unidade sem internação, sem terapia

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

intensiva pediátrica e sem tomografia, isso define o alcance do trabalho: reconhecer a criança que está compensando, tratar na dose certa e transferir antes da queda.

A criança responde por 12,0 por cento dos atendimentos da UPA 24 horas Norte e por 16,8 por cento dos da UPA 24 horas Sul (PALMAS, 2026), o que torna este protocolo de uso diário nas duas unidades. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido. O Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas integra o **Anexo XXXVI**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 188 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas

Campo	Conteúdo
Título	Urgências Pediátricas
Tipo de documento	Protocolo assistencial institucional da Associação Saúde em Movimento
Emissão e revisão	Emitido em 2 de março de 2026, revisão 01 de 28 de setembro de 2026, versão 01, com próxima revisão prevista para 28 de setembro de 2028
Elaboração	Médico responsável técnico
Revisão	Gerente Assistencial
Aprovação	Superintendência Assistencial Corporativa
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultório pediátrico, sala de medicação, sala de estabilização e observação pediátrica, nas vinte e quatro horas
População	Criança e adolescente até os 12 anos incompletos, com as disposições próprias do recém-nascido e do lactente
Responsáveis técnicos na aplicação	Responsável Técnico Médico, com o médico pediatra, e revisão do Responsável Técnico de Enfermagem
Instrumentos próprios do protocolo	Triângulo de avaliação pediátrica, escala AVDI, Escala de Coma de Glasgow pediátrica, critérios de Phoenix, fita de estimativa de peso e tabela de doses por quilograma
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, de atualização de diretriz ou de alteração da rede de referência
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXVI, Protocolo de Manejo das Urgências Pediátricas**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o tratamento das urgências pediátricas de maior frequência nas duas unidades, com dose calculada por peso, tempo-alvo em minutos para cada

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

intervenção e critério explícito de transferência, de modo a reduzir o tempo até a primeira medida eficaz e a eliminar o erro de dose como causa de dano. Alcança o desconforto e a insuficiência respiratória, a crise asmática, a bronquiolite, a laringite, a desidratação e a diarreia aguda, a convulsão febril, a febre sem sinais de localização e a anafilaxia na criança, nas duas unidades e em todos os turnos. A sepse pediátrica é definida por infecção suspeita ou confirmada com disfunção orgânica de risco de morte, caracterizada por pontuação igual ou superior a 2 no escore de Phoenix, e o choque séptico pediátrico por sepse com disfunção cardiovascular (SCHLAPBACH et al., 2024).

Fora desse alcance, a criança grave é conduzida pelos protocolos específicos, com as doses desta seção. O choque e a sepse pediátricos, a parada cardiorrespiratória, o trauma, a intoxicação exógena e a crise convulsiva prolongada seguem os protocolos próprios desta proposta, aplicados com as doses pediátricas aqui padronizadas. As unidades não realizam internação, não dispõem de terapia intensiva e não possuem tomografia, de modo que o protocolo entrega reconhecimento, tratamento inicial e transferência regulada, nunca tratamento definitivo de criança grave. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 189 - Competências por categoria profissional no manejo das urgências pediátricas

Categoria	Competências
Médico pediatra	Conduz a avaliação e o tratamento da criança, prescreve com dose por quilograma e registra o peso utilizado, executa os procedimentos da sua competência, define o nível de cuidado necessário, aciona o Complexo Regulador Estadual e define o destino. Cada unidade mantém posto de pediatra nos dois turnos, de modo que o pediatra é acionado prioritariamente para a criança com critério de gravidade
Médico clínico de urgência	Realiza o primeiro atendimento da criança sempre que o pediatra estiver ocupado em caso grave, inicia o tratamento padronizado sem aguardar transferência de cuidado, assume as crianças de baixa gravidade e mantém capacitação vigente em emergência pediátrica
Enfermeiro assistencial	Afere e registra os sinais vitais com interpretação por faixa etária, obtém o peso, executa a dupla checagem da dose antes de cada administração, instala oxigenoterapia e monitorização, obtém acesso venoso, administra os medicamentos prescritos, conduz a reidratação oral supervisionada, aplica o processo de enfermagem e comunica imediatamente ao médico toda deterioração
Técnico de enfermagem	Afere sinais vitais e glicemia capilar, pesa a criança e pesa fraldas para controle de diurese, prepara o material, executa as inalações, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro, participa da dupla checagem e registra cada medida com horário

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Categoria	Competências
Farmacêutico	Mantém as apresentações pediátricas e o elenco mínimo nas duas unidades, mantém atualizada e afixada a tabela de doses por quilograma, confere diluições e velocidades, confere mensalmente o carro de emergência pediátrico e orienta a equipe sobre os medicamentos de alta vigilância, em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe o carro de emergência pediátrico imediatamente após cada uso, confere lote e validade das apresentações pediátricas e registra a movimentação
Técnico de radiologia	Executa a radiografia solicitada com proteção radiológica adequada ao peso e à idade e com imobilização assistida pelo acompanhante, apenas quando o exame for indispensável à decisão clínica
Assistente social	Atua nos casos de vulnerabilidade social que impeçam a alta segura, nas situações de suspeita de maus-tratos e na articulação com a rede de proteção e com a Atenção Primária, em cobertura nas 24 horas

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas.

A avaliação da criança começa antes do toque, e é dessa primeira leitura que sai a decisão de tirá-la da fila. O triângulo de avaliação pediátrica é a avaliação visual e auditiva rápida, feita sem tocar a criança, de três componentes: a aparência, que reúne tônus, interação, consolabilidade, olhar, fala ou choro; o trabalho respiratório; e a circulação cutânea. A combinação dos três classifica a criança de imediato em estável, em desconforto ou insuficiência respiratória, em choque, em disfunção do sistema nervoso central ou em insuficiência cardiopulmonar, e a alteração de qualquer componente encaminha a criança à sala de estabilização sem aguardar a fila da cor atribuída. O triângulo é aplicado já na chegada, pelo primeiro profissional que a recebe, e é registrado no prontuário eletrônico com horário.

Quadro 190 - Triângulo de avaliação pediátrica, componentes e leitura

Componente	O que se observa	Leitura da alteração
Aparência	Tônus, interação com o ambiente e com o acompanhante, consolabilidade, direção do olhar, fala ou choro	Hipotonia, irritabilidade inconsolável, olhar vago, choro fraco ou ausência de interação indicam disfunção do sistema nervoso central ou gravidade sistêmica
Trabalho respiratório	Posição de conforto adotada, batimento de asa de nariz, tiragem, retração, balanço toracoabdominal, estridor, gemido e sibilo audível	A presença de esforço indica desconforto respiratório, e a sua associação a alteração da aparência indica insuficiência respiratória
Circulação cutânea	Palidez, moteamento, cianose e tempo de enchimento capilar	Palidez com moteamento indica choque compensado, e a cianose indica choque descompensado ou insuficiência cardiopulmonar

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Concluído o triângulo, a avaliação passa à sequência estruturada, e nela dois instrumentos substituem a impressão clínica. O nível de consciência é medido pela Escala de Coma de Glasgow pediátrica ou, quando a sua aplicação não for possível, pela escala AVDI, que classifica a criança em alerta, responsiva à voz, responsiva à dor ou inconsciente, com registro do instrumento utilizado. A sequência completa percorre via aérea, respiração, circulação, estado neurológico e exposição, e inclui a pesagem ou a estimativa de peso e a escala de dor adequada à idade. O peso é obtido preferencialmente em balança e, na criança grave, pela fita de estimativa baseada no comprimento; indisponível a fita, aplica-se, na criança de 1 a 10 anos, a fórmula do peso em quilogramas igual a duas vezes a soma da idade em anos com quatro. O método utilizado é sempre registrado.

Os valores de referência da criança fecham essa avaliação, e entre eles o limiar de pressão sistólica é o que dá conteúdo objetivo à expressão hipotensão para a idade, empregada neste protocolo como critério de gravidade e de choque. A hipotensão na criança é sinal tardio, de modo que o valor adiante não é alvo de tratamento, e sim marco de descompensação já instalada, cuja identificação converte a conduta em expansão volêmica imediata e em solicitação de terapia intensiva pediátrica. Os valores são interpretados conforme o estado clínico, a febre, a dor e o choro, e a aferição exige manguito proporcional ao braço.

Quadro 191 - Sinais vitais de referência e limiar de hipotensão por faixa etária, pediatria

Faixa etária	Frequência cardíaca acordado	Frequência respiratória	Hipotensão, pressão sistólica abaixo de
Recém-nascido, até 28 dias	100 a 205 bpm	30 a 53 irpm	60 mmHg
Lactente, de 1 a 12 meses	100 a 180 bpm	30 a 53 irpm	70 mmHg
Criança de 1 a 2 anos	98 a 140 bpm	22 a 37 irpm	70 mais 2 vezes a idade em anos, em mmHg
Pré-escolar, de 3 a 5 anos	80 a 120 bpm	20 a 28 irpm	70 mais 2 vezes a idade em anos, em mmHg
Escolar, de 6 a 11 anos	75 a 118 bpm	18 a 25 irpm	70 mais 2 vezes a idade em anos, em mmHg, até os 10 anos
Adolescente, de 12 a 15 anos	60 a 100 bpm	12 a 20 irpm	90 mmHg

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas, com valores de referência do suporte avançado de vida em pediatria (AHA, 2025).

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

A abertura do protocolo é de qualquer profissional assistencial, sem necessidade de autorização prévia, e a sua lista de gatilhos é deliberadamente longa, porque o sinal precoce na criança é discreto. Abre-se o protocolo diante de saturação periférica de oxigênio inferior a 94 por cento em ar ambiente, esforço respiratório com tiragem, batimento de asa de nariz ou gemência, estridor em repouso, sibilância com dificuldade para falar, mamar ou chorar, apneia, cianose, letargia ou irritabilidade inconsolável, crise convulsiva em curso ou recente, temperatura igual ou superior a 38 graus em lactente com menos de 3 meses, petéquias ou púrpura, recusa alimentar com redução de diurese, vômitos incoercíveis, sinal da prega cutânea de desaparecimento lento, enchimento capilar superior a 3 segundos, exposição a alérgeno com urticária e qualquer sinal respiratório ou circulatório, e frequência cardíaca ou respiratória fora da faixa esperada para a idade.

Reconhecido qualquer desses achados, a criança sai da fila. A abertura é registrada no prontuário eletrônico com horário, e a criança é conduzida à sala de estabilização sem aguardar a fila da cor atribuída (ASM, 2026b). Toda dose é calculada por quilograma, com teto na dose de adulto, e a prescrição registra o peso utilizado, a dose em miligramas, o volume em mililitros, a via e o horário. Antes de cada administração, dois profissionais conferem independentemente o peso, o cálculo e o volume, e a conferência é registrada com a identificação de ambos, conforme as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde (ANVISA, 2013).

Essa regra de dose só se sustenta se o material estiver onde a conta é feita. A tabela de doses padronizada permanece afixada na sala de estabilização, na sala de medicação e no consultório pediátrico das duas unidades, e o carro de emergência pediátrico contém material de todos os tamanhos e fita de estimativa de peso, com conferência mensal registrada pelo farmacêutico e conferência por turno pelo enfermeiro. A ausência de qualquer item da lista de conferência é registrada no mesmo instrumento e reposta no plantão, e a reincidência é levada pelo Responsável Técnico de Enfermagem à Comissão de Farmácia e Terapêutica.

No desconforto e na insuficiência respiratória, o que define a conduta é o alvo de saturação e a posição da criança. A oxigenoterapia é instituída para manter a saturação entre 94 e 98 por cento nas situações agudas, por cateter nasal ou máscara em dispositivo

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

adequado ao tamanho da criança, e a posição de conforto é respeitada, com a criança no colo do responsável sempre que possível. A via aérea é desobstruída com aspiração de secreções e, no lactente, com coxim sob os ombros para alinhamento. A apneia e a respiração ineficaz são tratadas de imediato com ventilação com bolsa-válvula-máscara de tamanho adequado, e a exaustão respiratória, caracterizada por redução da frequência respiratória com rebaixamento do nível de consciência, exige via aérea avançada por profissional capacitado e acionamento imediato da regulação (AHA, 2025).

Há um recurso que não existe nas unidades e que por isso antecipa a decisão de transferir. A ventilação não invasiva não integra a relação de bens e equipamentos das unidades, de modo que a criança com insuficiência respiratória que não responde ao suporte instituído é transferida, e não mantida em observação aguardando resposta. Essa é a regra que o médico plantonista pediatra aplica sem consultar nível superior, e o enfermeiro assistencial registra o horário em que o suporte foi considerado insuficiente, marco que a auditoria usa para verificar se a transferência foi acionada no momento certo.

Na crise asmática, a gravidade é definida pela capacidade de falar, pela frequência respiratória, pelo uso de musculatura acessória, pelo nível de consciência e pela saturação, e não pela ausculta isolada, porque o tórax silencioso é sinal de gravidade e não de melhora. O broncodilatador de curta ação é administrado por aerossol dosimetrado com espaçador, que é a via de eleição na criança, repetido a cada 20 minutos na primeira hora, e a nebulização é alternativa quando o espaçador não for aplicável. O brometo de ipratrópio é associado nas crises graves, nas três primeiras administrações. O corticosteroide sistêmico é precoce, iniciado na primeira hora, porque a demora nessa dose é o fator que mais prolonga a permanência da criança na unidade.

Duas condutas fecham o manejo da crise asmática e uma delas é uma abstenção. O sulfato de magnésio por via intravenosa é reservado às crises graves refratárias ao tratamento inicial, com monitorização da pressão arterial. A criança é reavaliada a cada 20 minutos na primeira hora e, depois, a cada hora, com registro da saturação, da frequência respiratória e do esforço, feito pelo enfermeiro assistencial no prontuário eletrônico. A radiografia de tórax não é realizada de rotina na crise asmática, e a sua solicitação de rotina é tratada como não conformidade na auditoria de prontuários.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Na bronquiolite, o tratamento é de suporte e a lista do que não se faz é tão importante quanto a do que se faz. Realizam-se aspiração nasal, oxigênio quando a saturação estiver abaixo do alvo, hidratação e fracionamento da oferta alimentar. Broncodilatador, corticosteroide e antimicrobiano não são recomendados de rotina, e a prescrição de rotina dessas medidas é tratada como não conformidade na auditoria de prontuários. A radiografia de tórax é reservada à suspeita de complicação. São critérios de transferência a apneia, o desconforto respiratório importante, a hipoxemia persistente apesar da oxigenoterapia, a recusa alimentar com desidratação e a idade inferior a 3 meses com fatores de risco, entre eles prematuridade, cardiopatia e doença pulmonar crônica.

Na laringite, uma dose resolve a maioria dos casos e um tempo de observação protege o restante. A dexametasona em dose única é administrada em todos os casos, por via oral, intramuscular ou intravenosa, conforme a aceitação. Nos casos moderados a graves, com estridor em repouso, administra-se nebulização com adrenalina, e a criança permanece em observação por no mínimo 2 horas após a última nebulização com adrenalina, pelo risco de retorno dos sintomas. A manipulação da orofaringe é evitada, e a criança é mantida calma e no colo do responsável, porque o choro agrava a obstrução, orientação que o enfermeiro transmite ao responsável na admissão.

Na desidratação e na diarreia aguda, a classificação governa tudo o que vem depois. A classificação segue os três graus do Ministério da Saúde, avaliados por estado geral, olhos, sede, sinal da prega, pulso e enchimento capilar, e define o plano de hidratação (BRASIL, 2021). O plano A é domiciliar, com orientação por escrito, manutenção da alimentação habitual, oferta aumentada de líquidos, zinco e sinais de alarme. O plano B é executado na própria unidade, com solução de reidratação oral sob supervisão do enfermeiro, em volume de 50 a 100 mililitros por quilograma administrados em 4 a 6 horas, com oferta fracionada, reavaliação a cada hora e registro da aceitação, do número de evacuações e de vômitos e da diurese por pesagem de fraldas.

O plano C é o que tem tempo cronometrado e comunicação antecipada à regulação. É a desidratação grave, que exige acesso venoso ou intraósseo em até 10 minutos e expansão com cristaloide isotônico em bolus de 20 mililitros por quilograma, repetido conforme a reavaliação de pulso, perfusão e nível de consciência, até a recuperação dos sinais de perfusão, seguindo o esquema vigente do Ministério da Saúde

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

para a faixa etária, com reavaliação a cada 30 minutos e transição para a via oral assim que possível (BRASIL, 2021; SSC, 2020). Antiemético e antimicrobiano não são prescritos de rotina. A criança em plano C é comunicada à regulação desde a primeira expansão, e não ao final dela.

Na convulsão febril, a classificação entre simples e complexa decide o destino. A crise febril simples é a crise generalizada, única em 24 horas, com duração inferior a 15 minutos, em criança de 6 meses a 5 anos, com recuperação completa da consciência e sem déficit neurológico. Reconhecida como simples, a conduta é a investigação da causa da febre, o antitérmico para conforto, a observação até a recuperação completa e a orientação ao responsável, com informação expressa de que a crise febril simples não causa dano cerebral e de que o antitérmico não previne recorrência. São crises febris complexas as focais, as prolongadas com 15 minutos ou mais e as recorrentes em 24 horas, que exigem avaliação ampliada.

A crise que não cessa é tratada pelo relógio, e não pela aparência. A crise com duração igual ou superior a 5 minutos recebe benzodiazepínico de imediato, repetível uma vez, e a persistência após duas doses caracteriza estado de mal, com fármaco de segunda linha, preparo de via aérea e transferência. Exigem avaliação ampliada e transferência regulada a primeira crise em lactente com menos de 6 meses, a crise em criança com rigidez de nuca, petéquias, toxemia ou rebaixamento persistente, a crise sem febre documentada e a crise em criança em uso de antimicrobiano, que pode ter quadro de infecção do sistema nervoso central parcialmente tratado.

Na febre sem sinais de localização, a idade é o critério que mais pesa, e no recém-nascido ela não admite exceção. O recém-nascido com menos de 28 dias e temperatura igual ou superior a 38 graus recebe avaliação ampliada, coleta de exames, antimicrobiano empírico e transferência regulada, sem exceção, porque nessa faixa o exame físico não exclui infecção bacteriana grave. O lactente de 29 dias a 3 meses recebe avaliação ampliada com hemograma, proteína C reativa, exame de urina com coleta por técnica adequada à idade e urocultura, e hemocultura antes do antimicrobiano quando a coleta não retardar a terapia, com decisão de destino pelo pediatra.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41 100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Acima dessa faixa, a conduta é dirigida pelo estado geral e por um conjunto de sinais que não espera exame. A criança com mais de 3 meses, em bom estado geral e com os três componentes do triângulo de avaliação pediátrica preservados, é investigada conforme a hipótese, recebe antitérmico para conforto e pode ser conduzida com observação e reavaliação. A febre acompanhada de petéquias, púrpura, rigidez de nuca, toxemia ou alteração do nível de consciência é tratada como possível infecção bacteriana grave, com antimicrobiano administrado em até 60 minutos do reconhecimento e transferência imediata, sem aguardar resultado de exame (SSC, 2020). O antitérmico é prescrito por peso, e não se alternam antitérmicos de rotina.

Na anafilaxia da criança, o diagnóstico é clínico e a adrenalina por via intramuscular é a primeira e única medida de primeira linha, administrada na face anterolateral da coxa imediatamente ao reconhecimento, sem aguardar exame, acesso venoso ou avaliação de segunda opinião. Anti-histamínico e corticosteroide são adjuvantes, não substituem a adrenalina e não alteram o curso da reação. A criança é mantida em decúbito dorsal com membros inferiores elevados, salvo desconforto respiratório, e não é colocada sentada ou em pé, porque a mudança abrupta de posição no choque anafilático é causa descrita de parada. Instalam-se oxigênio, monitorização e acesso venoso, com expansão volêmica na hipotensão.

A repetição da dose e o tempo de observação completam esse manejo. A dose de adrenalina pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos conforme a resposta, e a necessidade de duas ou mais doses é critério de transferência. A criança permanece em observação por no mínimo 6 horas após a última dose de adrenalina, pelo risco de reação bifásica, e a alta é acompanhada de orientação por escrito, de identificação do agente suspeito e de encaminhamento à Atenção Primária (ASM, 2026). Os dois quadros seguintes trazem os tempos-alvo das intervenções e as doses pediátricas de referência por peso.

Quadro 192 - Tempos-alvo das intervenções nas urgências pediátricas

Tempo-alvo	Intervenção
Imediato, até 5 minutos do reconhecimento	Adrenalina por via intramuscular na anafilaxia, com registro do horário do reconhecimento e do horário da administração
Até 5 minutos da chegada	Oxigenoterapia e monitorização na criança com saturação inferior a 94 por cento, apneia, cianose ou esforço respiratório importante, e glicemia capilar na criança com convulsão, rebaixamento, desidratação grave ou idade inferior a 1 ano com quadro grave

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Tempo-alvo	Intervenção
Até 5 minutos de crise contínua	Benzodiazepínico na crise convulsiva que persiste, repetível uma vez conforme a tabela de doses
Até 10 minutos	Primeira administração de broncodilatador na crise asmática moderada ou grave, e acesso venoso ou intraósseo na desidratação grave e no choque
Até 20 minutos	Dexametasona na laringite, corticosteroide sistêmico na crise asmática e início da reidratação oral supervisionada no plano B
A cada 20 minutos na primeira hora	Repetição do broncodilatador e reavaliação da saturação, da frequência respiratória, do esforço e do nível de consciência, com registro de cada reavaliação
A cada 30 minutos	Reavaliação da criança em plano C, com pulso, perfusão, nível de consciência e diurese, até a recuperação dos sinais de perfusão
Até 60 minutos do reconhecimento	Antimicrobiano no choque séptico pediátrico e na suspeita de infecção bacteriana grave, inclusive no recém-nascido com febre
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação do peso, das doses administradas com horários, da saturação, do suporte em curso e da necessidade de equipe e material pediátricos

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas. Os tempos são contados do reconhecimento registrado no prontuário eletrônico e integram a auditoria mensal de aderência.

Quadro 193 - Doses pediátricas de referência por peso

Medicamento ou intervenção	Dose de referência	Observações
Adrenalina na anafilaxia	0,01 miligrama por quilograma da solução de 1 miligrama por mililitro, por via intramuscular, com máximo de 0,3 miligrama na criança pré-púbere e de 0,5 miligrama no adolescente	Face anterolateral da coxa; repetir a cada 5 a 15 minutos conforme a resposta; duas doses ou mais indicam transferência
Salbutamol na crise asmática	Aerossol dosimetrado com espaçador, com número de jatos conforme a idade e a gravidade, repetido a cada 20 minutos na primeira hora	Via de eleição na criança; nebulização como alternativa quando o espaçador não for aplicável
Brometo de ipratrópio	Conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade por faixa etária, associado ao broncodilatador nas três primeiras administrações	Indicado nas crises graves, não nas leves
Prednisolona ou prednisona	1 a 2 miligramas por quilograma por dia, com teto conforme a diretriz vigente	Iniciada na primeira hora da crise asmática; a via oral é preferencial quando houver aceitação
Dexametasona na laringite	0,15 a 0,6 miligrama por quilograma, em dose única, por via oral, intramuscular ou intravenosa	Administrada em todos os casos, inclusive nos leves
Adrenalina inalatória na laringite	Nebulização conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Indicada no estridor em repouso; observação de no mínimo 2 horas após a última nebulização

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Medicamento ou intervenção	Dose de referência	Observações
Sulfato de magnésio na asma grave	Por via intravenosa, conforme a diretriz vigente e a relação de medicamentos padronizada da unidade	Reservado às crises graves refratárias; monitorização da pressão arterial durante a infusão
Midazolam na crise convulsiva	0,2 miligrama por quilograma por via intramuscular, com máximo de 10 miligramas, ou 0,1 a 0,2 miligrama por quilograma por via intravenosa	Pode ser repetido uma vez; vigilância de depressão respiratória com material de via aérea ao lado
Diazepam na crise convulsiva	0,15 a 0,2 miligrama por quilograma por via intravenosa, com máximo de 10 miligramas	Pode ser repetido uma vez; via retal conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade
Cristaloide isotônico	Bolus de 10 a 20 mililitros por quilograma no choque, e de 20 mililitros por quilograma na desidratação grave	Reavaliação clínica após cada bolus; interromper diante de hepatomegalia, estertores ou outros sinais de sobrecarga
Solução de reidratação oral no plano B	50 a 100 mililitros por quilograma em 4 a 6 horas, em oferta fracionada e supervisionada	Reavaliação a cada hora, com registro de aceitação, vômitos, evacuações e diurese
Glicose na hipoglicemia	Glicose a 10 por cento, 2 a 5 mililitros por quilograma por via intravenosa	Evitar soluções muito concentradas em veia periférica de lactentes; glicemia seriada após a correção
Adrenalina na parada cardiorrespiratória	0,01 miligrama por quilograma por via intravenosa ou intraóssea, equivalente a 0,1 mililitro por quilograma da solução de 0,1 miligrama por mililitro, com máximo de 1 miligrama, a cada 3 a 5 minutos	Diluição conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade, com rótulo conferido antes da administração
Desfibrilação	2 joules por quilograma no primeiro choque, 4 joules por quilograma no segundo e doses subsequentes de 4 joules por quilograma ou mais, até 10 joules por quilograma ou a dose de adulto	Pás ou eletrodos pediátricos quando indicados pelo peso
Amiodarona	5 miligramas por quilograma por via intravenosa ou intraóssea em bolus, com máximo de 300 miligramas, podendo repetir até 15 miligramas por quilograma	Alternativa com lidocaína 1 miligrama por quilograma, conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade
Antitérmicos	Paracetamol ou dipirona, por peso, conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Prescritos para conforto; não se alternam antitérmicos de rotina

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Medicamento ou intervenção	Dose de referência	Observações
Carro de emergência pediátrico e fita de estimativa de peso	Mantidos montados na sala de estabilização de cada unidade	Material de todos os tamanhos; conferência por turno pelo enfermeiro e conferência mensal registrada pelo farmacêutico

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de urgências pediátricas. As doses de referência são conferidas com a padronização de cada unidade, com a bula e com as diretrizes vigentes antes da utilização, e toda administração é precedida de dupla checagem registrada.

A monitorização pediátrica é lida por faixa etária, porque o valor absoluto engana. Mantêm-se monitorização cardíaca e oximetria contínuas na criança grave; reavaliam-se os sinais vitais e o esforço respiratório após cada intervenção, com interpretação por faixa etária; controla-se a diurese por pesagem de fraldas na desidratação e no choque; afere-se glicemia capilar seriada no lactente grave, na criança com jejum prolongado e após crise convulsiva; e mede-se a temperatura com prevenção ativa de hipotermia no recém-nascido e no lactente. A deterioração de qualquer parâmetro é comunicada de imediato ao médico pelo enfermeiro assistencial, com registro do horário da comunicação.

Os critérios de gravidade reúnem os achados que, isoladamente, encerram a hipótese de alta. São graves a saturação persistentemente inferior a 94 por cento apesar da oxigenoterapia; a apneia, a cianose ou a exaustão respiratória; o tórax silencioso ou a incapacidade de falar, mamar ou chorar na crise asmática; o estridor em repouso que não responde à adrenalina inalatória; a desidratação grave ou o choque; o enchimento capilar superior a 3 segundos ou a hipotensão para a idade; o estado de mal epiléptico ou o rebaixamento persistente do nível de consciência; a febre em recém-nascido ou em lactente com menos de 3 meses; as petéquias, a púrpura ou a toxemia; a anafilaxia com necessidade de duas ou mais doses de adrenalina; e a suspeita de maus-tratos com lesões graves.

A observação pediátrica é usada para tratar e reavaliar, sempre com o responsável presente. Permanecem em observação, com reavaliações seriadas registradas, as crianças com crise asmática leve ou moderada em resposta ao tratamento, as em plano B de hidratação, as com laringite após adrenalina inalatória, as com crise febril simples em recuperação, as com anafilaxia no período mínimo de observação e as que aguardam resultado de exame para definição de conduta. A permanência observa o limite de 24

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

horas da área de observação, e a criança que atinge esse limite sem definição de conduta tem a transferência acionada, não a permanência prorrogada (PALMAS, 2026).

A estrutura pediátrica disponível para essa observação difere entre as duas unidades. A UPA 24 horas Norte dispõe de 9 leitos de observação pediátrica e de 1 posição pediátrica na sala vermelha, e a UPA 24 horas Sul dispõe de 8 leitos pediátricos, 2 deles em isolamento, o que permite manter a criança com suspeita de doença transmissível dentro do ambiente pediátrico (PALMAS, 2026). Na UPA Norte essa mesma situação é conduzida nos leitos de isolamento da unidade, com fluxo de coorte definido pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, e o enfermeiro assistencial registra no prontuário o leito utilizado e a precaução instituída.

A estabilização para transporte tem conteúdo definido e um limite de tempo implícito. Considera-se a criança estabilizada quando apresentar via aérea pérvia e protegida, saturação no alvo com o suporte instituído, perfusão e sinais vitais adequados para a idade, glicemia normal, crises controladas, acesso venoso ou intraósseo funcionante e temperatura controlada, sem que a busca da estabilização completa retarde a transferência da criança que não responde ao tratamento. São transferidas pelo Complexo Regulador Estadual as crianças com critério de gravidade, com resposta insuficiente ao tratamento inicial, com necessidade de suporte ventilatório ou de droga vasoativa, os recém-nascidos e os lactentes com menos de 3 meses com febre, a desidratação grave que não responde à expansão, a suspeita de infecção bacteriana grave, a necessidade de neuroimagem ou de tratamento hospitalar e as situações de vulnerabilidade social que impeçam a alta segura, estas com parecer registrado do assistente social.

O nível de cuidado pedido à regulação nomeia o recurso que falta, e o transporte acompanha a criança. Solicita-se terapia intensiva pediátrica ou neonatal na insuficiência respiratória, no choque, no estado de mal epiléptico, no período pós-parada e na cetoacidose diabética grave. O transporte da criança instável é realizado em suporte avançado, com equipe e material pediátricos, por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico, e o responsável acompanha a criança sempre que possível, garantia que decorre do Estatuto da Criança e do

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Adolescente (BRASIL, 1990). As unidades não nomeiam serviço de destino: o ponto de referência é o definido pelo Complexo Regulador Estadual.

A alta pediátrica depende tanto da criança quanto de quem a leva para casa. A alta é considerada, a critério médico, quando a criança apresentar aparência, esforço respiratório e circulação cutânea preservados, sinais vitais adequados para a idade, boa aceitação oral, diurese presente e responsável capaz de compreender as orientações e de retornar. São entregues a prescrição com dose por peso e por volume, a orientação por escrito sobre os sinais de alarme, que são dificuldade para respirar, sonolência, recusa alimentar, vômitos persistentes, redução da diurese, manchas na pele e convulsão, e o encaminhamento à Atenção Primária, com contrarreferência registrada (ASM, 2026).

O registro deste protocolo é o instrumento que permite auditar a conta da dose. Registram-se no prontuário eletrônico, com horário, o peso utilizado e o método de obtenção; os sinais vitais com interpretação por faixa etária e cada reavaliação; a abertura do protocolo e o horário do reconhecimento; cada medicamento com dose por quilograma, dose total, volume, via, horário e identificação dos dois profissionais da dupla checagem; o tempo decorrido até a adrenalina na anafilaxia, até o broncodilatador na crise asmática, até o benzodiazepínico na crise convulsiva e até o antimicrobiano na suspeita de infecção bacteriana grave; as intervenções, a resposta obtida e os critérios que sustentaram a decisão de observar, transferir ou liberar; e o contato com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação, do aceite e da saída.

Duas obrigações fecham o registro, uma legal e outra de segurança do paciente. Registram-se as notificações realizadas e a comunicação ao Conselho Tutelar nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, sem prejuízo do atendimento (BRASIL, 1990), e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024). Todo erro de dose, com ou sem dano, e todo quase erro interceptado pela dupla checagem são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão, e classificados segundo a taxonomia internacional para a segurança do paciente (OMS, 2009; BRASIL, 2013b). O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Quadro 194 - Indicadores do protocolo de manejo das urgências pediátricas

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Prescrições pediátricas com peso utilizado e dose por quilograma registrados	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Administrações pediátricas de medicamento com dupla checagem registrada	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Erros de dose pediátrica com dano notificados	Apurado caso a caso, com notificação no mesmo plantão e análise de causa	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal
Casos de anafilaxia na criança com adrenalina intramuscular administrada em até 5 minutos do reconhecimento	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Crises asmáticas moderadas ou graves com broncodilatador em até 10 minutos e corticosteroide sistêmico na primeira hora	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Crianças com bronquiolite sem prescrição de broncodilatador, corticosteroide ou antimicrobiano de rotina	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Crianças em plano B com registro horário de aceitação, vômitos, evacuações e diurese	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Recém-nascidos e lactentes com menos de 3 meses com febre submetidos a avaliação ampliada registrada	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Casos de suspeita de infecção bacteriana grave com antimicrobiano em até 60 minutos do reconhecimento	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Crises convulsivas com 5 minutos ou mais com benzodiazepínico administrado e horário de início da crise registrado	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual nas urgências pediátricas	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Carro de emergência pediátrico com conferência por turno e conferência mensal registradas e completas	95 por cento	Farmacêutico	Mensal
Profissionais assistenciais com capacitação vigente em emergência pediátrica e em cálculo de dose por peso	90 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente em Saúde	Trimestral

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por protocolo e por unidade, com conferência item a item do registro do peso, da dose por quilograma, da dupla checagem e dos tempos até a adrenalina, até o broncodilatador, até o benzodiazepínico e até o antimicrobiano. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Todo erro de dose, toda parada cardiorrespiratória pediátrica e todo óbito de criança na unidade são analisados individualmente no Núcleo de Segurança do Paciente e na Comissão de Análise e Revisão de Prontuários, com retorno à equipe do turno em que ocorreu.

A diferença de proporção pediátrica entre as unidades tem efeito logístico mensurável. A proporção pediátrica da UPA 24 horas Sul, de 16,8 por cento, é superior à da UPA 24 horas Norte, de 12,0 por cento (PALMAS, 2026), e a diferença aparece no consumo de apresentações pediátricas, na frequência de aplicação da dupla checagem e no dimensionamento do estoque mínimo de espaçadores, de soluções de reidratação oral e de apresentações de uso pediátrico naquela unidade. O farmacêutico de cada unidade acompanha esse consumo mensalmente e ajusta o ponto de ressuprimento, de modo que a falta de apresentação pediátrica não se converta em dose improvisada.

As referências técnicas do protocolo são as diretrizes de suporte básico e avançado de vida em pediatria (AHA, 2025), a estratégia global para o manejo da asma na edição vigente (GINA, 2026), os critérios internacionais de consenso para sepse pediátrica e choque séptico, conhecidos como critérios de Phoenix (SCHLAPBACH et al., 2024), as diretrizes pediátricas da Surviving Sepsis Campaign (SSC, 2020), a diretriz da American Epilepsy Society para o tratamento do estado de mal convulsivo (GLAUSER et al., 2016), as diretrizes de reanimação do recém-nascido (SBP, 2022), o manejo do paciente com diarreia do Ministério da Saúde na edição vigente (BRASIL, 2021).

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

A essas se somam as normas legais e profissionais aplicáveis ao atendimento da criança: a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (BRASIL, 1990), o Anexo III da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017d), a Portaria GM/MS nº 529, de 1º de abril de 2013 (BRASIL, 2013b), a Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de julho de 2013 (ANVISA, 2013), a Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014 (CFM, 2014), e a Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024 (COFEN, 2024). O efeito de operar assim é que a dose deixa de ser uma conta feita sob pressão e passa a ser um dado conferido por dois profissionais e auditável depois, e a criança que está compensando é transferida antes de deixar de compensar.

V.1.9.20 Manejo de crise em saúde mental

A crise em saúde mental é a situação em que uma porta de urgência sem rotina escrita produz dano por omissão e por excesso ao mesmo tempo: a pessoa espera no corredor porque não há lugar definido para ela, e quando a espera vira agitação a contenção se torna a primeira medida em lugar da última. Este protocolo inverte as duas coisas. Fixa que nenhum quadro é atribuído a transtorno mental antes de excluída a causa orgânica, porque rotular como psiquiátrico um quadro clínico é a forma mais comum de dano grave nesse grupo, e fixa que a abordagem verbal é intervenção de primeira linha, com tempo, profissional designado e registro próprio, e não gentileza opcional.

Numa unidade de pronto atendimento, sem internação, sem leito de saúde mental e sem equipe de psiquiatria, isso é tudo o que existe entre a crise e o serviço do território, e a única forma de não transformar a espera por vaga em risco é tornar cada etapa prescrita e verificável. O percurso é disciplinado por protocolo institucional próprio da Associação Saúde em Movimento (ASM, 2026f), escrito, assinado pelos responsáveis técnicos e submetido a ciclo de revisão definido. O Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental integra o **Anexo XXXVII**. A folha de identificação seguinte traz a denominação do documento, as unidades de aplicação, os responsáveis técnicos e a periodicidade de revisão.

Quadro 195 - Folha de identificação do Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental

Campo	Conteúdo
Título	Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Campo	Conteúdo
Unidades de aplicação	UPA 24 horas Norte, José de Souza Dourado, e UPA 24 horas Sul, Gerson Pires de Aguiar
Abrangência	Recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de estabilização, área de observação, serviço social, farmácia, laboratório e o processo de transferência e de encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial
População	Adultos; crianças e adolescentes em crise recebem as mesmas diretrizes, com as doses pediátricas padronizadas, com a presença do responsável e observadas as garantias do Estatuto da Criança e do Adolescente
Responsáveis técnicos	Responsável Técnico Médico, com revisão do Responsável Técnico de Enfermagem e participação do farmacêutico responsável técnico na padronização dos medicamentos de tranquilização rápida
Periodicidade de revisão	Bienal, ou a qualquer tempo diante de evento sentinela, de óbito por suicídio, de complicação relacionada à contenção ou à sedação ou de atualização de diretriz
Documento comprobatório	Protocolo institucional assinado, que está no **Anexo XXXVII, Protocolo de Manejo da Crise em Saúde Mental**
Assinaturas	Responsável Técnico Médico: _____ Responsável Técnico de Enfermagem: _____ Farmacêutico Responsável Técnico: _____ Data: _____/_____/_____

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM.

O protocolo padroniza o acolhimento em ambiente seguro, a exclusão das causas orgânicas, o manejo da agitação psicomotora com prioridade absoluta para as medidas não coercitivas, a avaliação estruturada do risco de suicídio e de violência, a vigilância da pessoa contida ou sedada e o encaminhamento ao serviço de saúde mental de referência do território, com respeito aos direitos assegurados pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), e à segurança do usuário e da equipe. Essas duas finalidades não competem entre si, e é justamente a rotina escrita que impede que a segurança da equipe seja invocada para antecipar medidas coercitivas.

Aplica-se às duas unidades, em todos os turnos, e alcança a agitação psicomotora, o surto psicótico, o episódio maníaco, a crise de ansiedade e de pânico, o comportamento suicida e a lesão autoprovocada, a intoxicação e a abstinência por álcool e outras substâncias nos seus aspectos comportamentais e o delirium na sua manifestação de agitação. As unidades não realizam internação, não possuem leito de saúde mental e não são ponto de internação psiquiátrica, de modo que o protocolo entrega acolhimento, exclusão de causa orgânica, manejo da crise, avaliação de risco e encaminhamento

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

regulado. A intoxicação exógena segue o protocolo próprio desta proposta, e a alteração do nível de consciência segue o protocolo de alteração do nível de consciência, com as medidas de segurança aqui padronizadas. O quadro seguinte distribui as competências por categoria profissional.

Quadro 196 - Competências por categoria profissional no manejo da crise em saúde mental

Categoria	Competências
Médico clínico de urgência	Realiza a avaliação clínica e psíquica, exclui as causas orgânicas, avalia o risco de suicídio e de violência, prescreve a tranquilização rápida e, quando for o único meio de evitar dano iminente, prescreve por escrito a contenção mecânica, reavalia a indicação da contenção a cada 60 minutos, decide o destino e aciona o Complexo Regulador Estadual. A ausência de psiquiatra no quadro das unidades é compensada pelo acionamento precoce da regulação, nunca pela espera de avaliação especializada na própria unidade
Médico pediatra	Conduz a criança e o adolescente em crise, com as doses pediátricas padronizadas e com a presença do responsável
Enfermeiro assistencial	Realiza o acolhimento e a classificação de risco, conduz a abordagem verbal, afere os sinais vitais e a glicemia capilar tão logo seja seguro, aplica a escala de agitação adotada, organiza a observação contínua com atribuição nominal por turno, supervisiona diretamente a contenção mecânica e a sua vigilância a cada hora, administra os medicamentos prescritos, aplica o processo de enfermagem e registra
Técnico de enfermagem	Mantém a vigilância contínua do usuário com risco de suicídio, de fuga ou de agressão, afere sinais vitais e glicemia capilar, administra medicamentos sob supervisão do enfermeiro, participa da contenção quando indicada, verifica o usuário contido a cada 15 minutos e registra cada verificação com horário
Farmacêutico	Mantém disponíveis e conferidos os medicamentos de tranquilização rápida nas duas unidades, padroniza apresentações e diluições, orienta a equipe sobre interações e sobre o risco de depressão respiratória na associação de depressores, revisa a prescrição quanto a medicamentos que prolongam o intervalo QT e atende em cobertura nas 24 horas
Técnico de farmácia	Repõe os medicamentos de tranquilização rápida imediatamente após cada uso, confere lote e validade e registra a movimentação
Assistente social	Realiza o acolhimento e a avaliação psicossocial, apoia a família, constrói com o usuário e com a família o plano de segurança, articula a Rede de Atenção Psicossocial, a Atenção Primária e a rede de proteção, verifica a existência de vínculo com serviço de saúde mental e registra o contato efetivo com o serviço de destino, em cobertura nas 24 horas
Pessoal de apoio e de vigilância patrimonial	Apoia a segurança do ambiente sob coordenação da equipe de saúde, sem conduta punitiva, e não executa contenção mecânica, que é ato assistencial de prescrição médica e supervisão de enfermagem

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de crise em saúde mental.

As definições deste protocolo têm consequência jurídica, e não apenas clínica. Crise em saúde mental é a situação de intenso sofrimento psíquico, com alteração do comportamento, do pensamento, do humor ou da percepção, que compromete a capacidade da pessoa de lidar com a situação e pode envolver risco para si ou para

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

terceiros. Agitação psicomotora é o estado de atividade motora e verbal excessiva, com irritabilidade e tensão, que pode evoluir para agressividade. Comportamento suicida é o espectro que abrange ideação, planejamento, tentativa e suicídio, e a lesão autoprovocada inclui também a autolesão sem intenção suicida. Abordagem verbal, ou desescalada, é o conjunto de técnicas de comunicação destinadas a reduzir a agitação e obter colaboração, preservando a autonomia e evitando medidas coercitivas (ABP, 2022).

Duas definições delimitam o uso da força e do medicamento. Tranquilização rápida é o uso de medicamento para acalmar o usuário agitado e reduzir o risco, com o objetivo de acalmar e não de sedar profundamente. Contenção mecânica é o uso de dispositivos para restringir movimentos, empregada somente como último recurso, quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao usuário ou a terceiros, pelo menor tempo possível, e nunca com propósito de disciplina, punição, coerção ou conveniência da equipe. Essa última cláusula é o que a auditoria verifica no prontuário, e é por isso que a contenção sem registro da medida não coercitiva anterior é tratada como não conformidade.

A abertura do protocolo é de qualquer profissional assistencial, sem necessidade de autorização prévia, e começa já na recepção. Abre-se o protocolo diante de agitação psicomotora, ameaça ou agressão verbal ou física, inquietação com tom de voz elevado, punhos cerrados ou deambulação sem destino, discurso desorganizado, alucinação, delírio, ideação suicida referida por qualquer interlocutor, tentativa de suicídio ou lesão autoprovocada, crise de ansiedade com hiperventilação, intoxicação ou abstinência com alteração do comportamento, e chegada conduzida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou pela família em razão de crise. A crise em saúde mental não recebe prioridade inferior por ser de natureza psíquica (ASM, 2026b).

Reconhecida a crise, o ambiente muda antes de qualquer conduta terapêutica. A pessoa em crise é retirada da fila de espera comum, conduzida a ambiente reservado, com redução de estímulos e privacidade, e os objetos potencialmente perigosos são removidos do ambiente e dos pertences, com discrição e registro. O usuário com risco de suicídio ou de fuga não permanece sozinho em nenhum momento, e a observação contínua é atribuída nominalmente em cada turno pelo enfermeiro assistencial, com o nome do profissional

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

designado lançado no instrumento de vigilância, de modo que a responsabilidade não se dilua entre a equipe.

A exclusão da causa orgânica precede qualquer rótulo, e é a parte do protocolo que mais evita dano grave. A avaliação inicial compreende sinais vitais completos, saturação periférica de oxigênio, temperatura e glicemia capilar tão logo seja seguro, exame físico e neurológico sumário com pesquisa de sinais de intoxicação, abstinência, trauma e infecção, e avaliação do estado mental quanto a aparência, comportamento, consciência, orientação, atenção, pensamento, sensopercepção, humor e juízo crítico. Exigem investigação clínica antes de qualquer atribuição a transtorno mental o início agudo ou flutuante, o primeiro episódio em idade avançada, a alteração do nível de consciência ou da atenção, a desorientação, a alucinação visual, os sinais vitais alterados, a febre, o sinal neurológico focal, o traumatismo craniano, a intoxicação ou a abstinência e a doença clínica conhecida descompensada.

Os exames seguem a avaliação clínica e um deles não existe nas unidades. Conforme a disponibilidade, colhem-se glicemia, eletrólitos, função renal e hepática, hemograma, exames toxicológicos e exame de urina, e realiza-se eletrocardiograma, em especial antes ou após antipsicótico em usuário de risco e nas intoxicações, além de teste de gravidez em mulher em idade fértil. A tomografia de crânio não integra o parque das unidades, de modo que a indicação de neuroimagem implica solicitação de transferência ao Complexo Regulador Estadual, com o horário da decisão e o da solicitação registrados pelo enfermeiro assistencial. O quadro seguinte organiza a conduta escalonada por tempo na crise em saúde mental.

Quadro 197 - Conduta escalonada por tempo na crise em saúde mental

Tempo-alvo	Conduta
Até 5 minutos da identificação	Retirada da fila comum, condução a ambiente reservado com redução de estímulos, remoção de objetos de risco do ambiente e dos pertences com registro, e definição nominal do profissional responsável pela observação contínua
Até 10 minutos	Início da abordagem verbal por um único profissional designado, com os demais em apoio, mantidos tom de voz calmo, distância segura e rota de saída livre para o usuário e para a equipe
Até 15 minutos	Sinais vitais completos, saturação, temperatura e glicemia capilar, tão logo seja seguro, e exame físico e neurológico sumário para pesquisa de causa orgânica

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Tempo-alvo	Conduta
Até 20 minutos	Avaliação médica com aplicação da escala de agitação adotada, definição da hipótese e correção imediata das causas identificadas, entre elas hipoglicemia, hipóxia, hipotensão, hipertermia e dor
Até 30 minutos, persistindo a agitação	Tranquilização rápida, oferecida preferencialmente por via oral quando houver colaboração e, na recusa com risco iminente, por via intramuscular, com o objetivo de acalmar e não de sedar profundamente, com material de via aérea e de reanimação disponível ao lado
Somente após esgotadas as medidas anteriores	Contenção mecânica, quando for o único meio de prevenir dano imediato ou iminente, com prescrição médica escrita, execução por equipe treinada em número adequado e supervisão direta do enfermeiro, vedado o decúbito ventral e vedada qualquer compressão torácica ou cervical, com o usuário em local visível à equipe e informado, com o acompanhante, do motivo e das condições de retirada
A cada 15 minutos durante a contenção	Verificação pelo técnico de enfermagem dos sinais vitais, do pulso, da perfusão, da integridade dos membros contidos, do posicionamento e do nível de consciência, com registro de cada verificação no prontuário eletrônico
A cada 60 minutos durante a contenção	Supervisão do enfermeiro assistencial, com avaliação de hidratação, de eliminações e da necessidade de manutenção, e reavaliação médica da indicação, com registro do horário de início, de cada reavaliação e de término. A contenção é mantida pelo menor tempo possível e nunca por mais de 2 horas sem nova prescrição escrita, e todo episódio é notificado ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão
Até 60 minutos da avaliação médica	Avaliação estruturada e registrada do risco de suicídio e de violência, com pergunta direta sobre ideação, plano, meios e intenção, e com registro dos fatores de risco e de proteção identificados
No próprio atendimento	Notificação compulsória imediata de toda lesão autoprovocada e de toda tentativa de suicídio, sem aguardar o desfecho do atendimento
Até 60 minutos da decisão médica	Registro da solicitação de transferência no Complexo Regulador Estadual, com informação do quadro, do risco avaliado, dos medicamentos administrados com horários, da ocorrência e da duração de contenção e da necessidade de acompanhamento por equipe de saúde no transporte

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de crise em saúde mental. Os tempos são contados do registro da identificação da crise no prontuário eletrônico.

A abordagem verbal é intervenção de primeira linha e tem técnica própria. O profissional designado apresenta-se, chama a pessoa pelo nome, escuta ativamente, reconhece o sofrimento e os sentimentos relatados, evita confronto e discussão, estabelece limites claros de forma respeitosa e oferece escolhas possíveis, entre elas a medicação por via oral, o local para se acalmar, a alimentação e o contato com um familiar (ABP, 2022; ASM, 2025b). A conversa é conduzida por um único profissional, com os demais em apoio e sem intervenções simultâneas, e o atendimento de usuário agitado nunca é feito por profissional sozinho. A abordagem verbal e a resposta obtida são registradas em evolução própria, porque a ausência desse registro impede demonstrar que a medida coercitiva foi último recurso.

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

No comportamento suicida, a equipe pergunta diretamente sobre ideação, plano, meios e intenção, porque perguntar sobre suicídio não aumenta o risco (BRASIL, 2019). São fatores de risco a tentativa prévia, que é o principal deles, a ideação com plano e com acesso a meios letais, os transtornos mentais, inclusive depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e uso de substâncias, a desesperança, as perdas recentes e o isolamento social, a doença crônica com dor ou incapacidade, o histórico familiar de suicídio e a exposição a violência, abuso ou discriminação. São fatores de proteção os vínculos familiares e sociais, o acompanhamento em serviço de saúde, as crenças que desencorajam o suicídio, a responsabilidade por dependentes, a capacidade de resolução de problemas, o acesso restrito a meios letais e o plano de segurança construído com o usuário.

Nenhum desses fatores substitui o julgamento clínico, e o protocolo diz isso de forma expressa. Escalas e listas de fatores não substituem a avaliação clínica individualizada e não são usadas isoladamente para decidir a alta. Garantem-se ambiente seguro, observação contínua e retirada dos meios, e tratam-se as lesões e as intoxicações. O usuário com risco alto não recebe alta sem avaliação especializada e sem garantia de acompanhamento, sendo encaminhado ao serviço de saúde mental de referência do território ou transferido pelo Complexo Regulador Estadual. A decisão e os fundamentos clínicos que a sustentam são registrados pelo médico plantonista em evolução própria, e o assistente social de plantão documenta o contato com o serviço de destino antes da saída do usuário.

No risco baixo, a saída da unidade é construída e não apenas autorizada. O plano de segurança é construído com o usuário e com a família, com restrição de acesso aos meios letais, agendamento do acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial ou na Atenção Primária com contato efetivo registrado pelo assistente social, e informação dos serviços de apoio, entre eles o Centro de Valorização da Vida, pelo telefone 188 (ASM, 2026). O contato efetivo, e não a simples emissão de encaminhamento, é o item que a auditoria verifica, porque é ele que distingue o encaminhamento cumprido do encaminhamento apenas documentado.

As outras apresentações da crise têm conduta própria, e em todas elas há algo que não se faz. Na crise de ansiedade ou de pânico, a conduta é o acolhimento, a orientação e

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

as técnicas de respiração, com exclusão de síndrome coronariana aguda, arritmia, tromboembolismo pulmonar, hipoglicemia e hipertireoidismo, evitando-se a prescrição rotineira de benzodiazepínico para uso continuado. No surto psicótico e no episódio maníaco, a conduta é a abordagem verbal, o antipsicótico quando indicado, a avaliação de risco e a articulação com o serviço de saúde mental de referência do território. Em ambas as apresentações, o antipsicótico é prescrito com registro do eletrocardiograma prévio no usuário de risco, e a resposta obtida é reavaliada pelo médico antes de qualquer nova dose.

Nas duas apresentações restantes, o manejo é sobretudo clínico. Na intoxicação e na abstinência por álcool e outras substâncias, o manejo é clínico, com benzodiazepínico e tiamina na suspeita de abstinência alcoólica, conforme prescrição, e encaminhamento ao serviço de referência em álcool e outras drogas do território. No delirium, a causa desencadeante é identificada e tratada, adotam-se medidas não farmacológicas, com orientação, presença de acompanhante, controle de ruído e de luminosidade e correção de déficits sensoriais, e o benzodiazepínico é evitado, salvo na abstinência alcoólica, abstenção especialmente relevante na pessoa idosa (BRASIL, 2003). O quadro seguinte reúne os materiais e medicamentos do protocolo.

Quadro 198 - Materiais e medicamentos do protocolo de crise em saúde mental

Item	Referência de uso	Observações
Antipsicótico ou benzodiazepínico por via oral	Primeira escolha na agitação com colaboração, conforme a causa provável e a prescrição médica	Oferecida sempre que houver colaboração, inclusive como alternativa negociada na abordagem verbal
Haloperidol por via intramuscular	Agitação de causa psicótica sem colaboração, em dose de referência de 5 miligramas, podendo ser associado a prometazina por via intramuscular, conforme a relação de medicamentos padronizada da unidade	Risco de sintomas extrapiramidais e de prolongamento do intervalo QT; eletrocardiograma no usuário de risco
Olanzapina por via intramuscular	Alternativa na agitação psicótica, conforme a disponibilidade e a relação de medicamentos padronizada da unidade	Não associada a benzodiazepínico, pelo risco de depressão respiratória e de hipotensão
Benzodiazepínico por via intramuscular	Agitação por intoxicação por estimulantes e por abstinência alcoólica, conforme a prescrição	Risco de depressão respiratória, em especial na associação com álcool; monitorização após a administração

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Item	Referência de uso	Observações
Doses reduzidas e escolha individualizada	Pessoas idosas, gestantes e usuários com delirium	Tratar a causa do delirium; evitar benzodiazepínico no delirium, salvo na abstinência alcoólica; evitar polifarmácia
Dispositivos de contenção mecânica	Faixas próprias, em número e tamanho adequados, mantidas íntegras e conferidas por turno	Uso exclusivo por prescrição médica escrita, com supervisão direta do enfermeiro; vedado o uso de improviso
Material de via aérea e de reanimação	Mantido ao lado do leito durante a tranquilização rápida e durante toda a contenção	Conferência por turno registrada pelo enfermeiro
Ambiente reservado para acolhimento da crise	Mantido disponível nas duas unidades, com redução de estímulos, privacidade e ausência de objetos cortantes, cordas e medicamentos ao alcance	Verificação de segurança do ambiente registrada em lista de verificação por turno
Escala de agitação adotada e instrumento de registro do risco de suicídio	Aplicadas pelo enfermeiro e pelo médico, com registro no prontuário eletrônico	Instrumentos padronizados pela instituição, com campo próprio no prontuário eletrônico

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM a partir do protocolo institucional de crise em saúde mental. As doses e as apresentações são conferidas com a padronização de cada unidade e com as diretrizes vigentes antes da utilização, e a escolha do fármaco é médica.

A monitorização deste protocolo tem três objetos, o risco, a sedação e a contenção. Mantém-se observação contínua, com o usuário sempre à vista da equipe, nos casos de risco de suicídio, de fuga ou de agressão. Após a tranquilização rápida, acompanham-se sinais vitais, saturação, nível de consciência e padrão respiratório em intervalos prescritos, com material de via aérea disponível, e a depressão respiratória, a hipotensão e a hipertermia são comunicadas de imediato ao médico. São prevenidas de forma ativa as complicações da sedação e as da contenção, entre elas a asfixia posicional, as lesões de pele e de nervos, a trombose e a desidratação.

A contenção mecânica, quando se torna inevitável, passa a ter relógio próprio. A verificação é de 15 minutos pelo técnico de enfermagem, a supervisão é horária pelo enfermeiro assistencial e a reavaliação médica da indicação é a cada 60 minutos, com limite de 2 horas sem nova prescrição escrita e com notificação ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão (COFEN, 2024b; BRASIL, 2013b). Esse conjunto de horários é o que converte uma medida de exceção em procedimento auditável, e a ausência de qualquer das verificações é tratada como não conformidade com plano de ação, independentemente de haver dano.

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

Os critérios de gravidade abrangem a crise, a sua causa e as complicações do próprio tratamento. São graves a agitação intensa com risco iminente de agressão; a ideação suicida com plano, a tentativa de suicídio ou a lesão autoprovocada grave; a alteração do nível de consciência, os sinais vitais alterados ou a suspeita de causa orgânica; a intoxicação grave ou a abstinência complicada, com convulsão ou delirium; a síndrome neuroléptica maligna, a catatonia ou a hipertermia; e a complicação relacionada à contenção ou à sedação. Qualquer um deles encerra a hipótese de alta e desloca a decisão para a transferência ou para o encaminhamento com avaliação especializada.

A observação na unidade tem finalidade definida e um limite que precisa ser comunicado. Permanecem em observação, em ambiente seguro e com vigilância contínua atribuída nominalmente, os usuários após tranquilização rápida, até a recuperação completa do nível de consciência, os com intoxicação leve, os em avaliação de risco de suicídio e os que aguardam vaga ou aceite do serviço de destino. A permanência observa o limite de 24 horas da área de observação das duas unidades, e o usuário que atinge esse limite aguardando vaga tem o fato comunicado formalmente ao Complexo Regulador Estadual e ao Gestor da Parceria, com registro, uma vez que as unidades não dispõem de leito de saúde mental e a permanência prolongada em observação é risco assistencial e não solução de fluxo (PALMAS, 2026).

A estabilização é definida pela condição do usuário e não pela resolução do diagnóstico. Considera-se o usuário estabilizado quando estiver calmo ou com agitação controlada, sem necessidade de contenção, com sinais vitais estáveis, com causas orgânicas excluídas ou tratadas e em condições seguras para avaliação, encaminhamento ou transporte. São transferidos pelo Complexo Regulador Estadual os usuários com risco alto de suicídio ou de violência, com crise que não se resolve na unidade, com incapacidade de autocuidado, com necessidade de cuidado em leito de saúde mental e com causa orgânica que exija tratamento hospitalar. A crise estabilizada que necessite de acompanhamento intensivo no território é encaminhada ao serviço de saúde mental de referência do território, com contato efetivo registrado antes da saída do usuário.

Dois pontos do fluxo de saída são fixados para proteger direitos. A internação involuntária somente ocorre nos termos da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, no

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA
CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

estabelecimento de destino, ao qual cabem o laudo médico circunstanciado e a comunicação ao Ministério Público (BRASIL, 2001). O transporte é realizado com segurança, por equipe de saúde, em ambulância adequada à condição clínica, com suporte avançado por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência acionado pela Central de Regulação das Urgências quando houver sedação profunda, instabilidade clínica ou necessidade de monitorização, uma vez que a ambulância própria de cada unidade é de suporte básico. O transporte de pessoa em crise por viatura policial, sem equipe de saúde, não é fluxo assistencial adequado e é registrado como ocorrência quando imposto por terceiros. As unidades não nomeiam serviço de destino: o ponto de referência é o definido pelo Complexo Regulador Estadual.

A alta é considerada, a critério médico, quando a crise estiver resolvida, as causas orgânicas tiverem sido excluídas ou tratadas, o risco de suicídio e de violência for avaliado como baixo, houver acompanhante ou rede de apoio, existir plano de segurança construído com o usuário e com a família e houver encaminhamento com contato efetivo registrado com o serviço de saúde mental de referência do território ou com a Atenção Primária. A alta é acompanhada de orientação por escrito sobre sinais de alarme, sobre a restrição de acesso a meios letais e sobre os serviços de apoio, entregue ao usuário e, com o seu consentimento, ao familiar que o acompanha.

O registro deste protocolo é o que demonstra que a medida coercitiva foi último recurso. Registram-se no prontuário eletrônico, com horário, a descrição objetiva do comportamento, do estado mental e dos riscos avaliados; a investigação das causas orgânicas e os seus resultados; as medidas não coercitivas adotadas e a resposta obtida; os medicamentos, com dose, via, horário e efeitos; na contenção mecânica, a indicação, a prescrição escrita, o horário de início e de término, os profissionais envolvidos, cada verificação de 15 minutos, cada supervisão horária, cada reavaliação médica e as intercorrências; a informação dada ao usuário e ao acompanhante sobre o motivo da contenção e as condições de retirada; e as anotações de enfermagem segundo a norma sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (COFEN, 2024).

Três comunicações obrigatórias completam o registro e fecham o ciclo de melhoria. Registram-se as notificações realizadas, a comunicação com a família, com respeito ao sigilo e ao consentimento do usuário, salvo quando o risco à vida justificar a

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br

quebra do sigilo, e o contato com o serviço de destino e com o Complexo Regulador Estadual, com horário da solicitação, do aceite e da saída. Toda lesão autoprovocada e toda tentativa de suicídio são de notificação compulsória imediata (BRASIL, 2017e; BRASIL, 2019). O assistente social de plantão confirma a notificação antes do encerramento do turno e registra a confirmação no mesmo instrumento.

Todo episódio de contenção mecânica, toda complicação de sedação e toda agressão a profissional são notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão, e a agressão a profissional é levada também à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Após episódio de contenção ou de agressão, a equipe do turno realiza discussão do caso, com registro das medidas de melhoria identificadas. Essa discussão não tem finalidade disciplinar: examina o momento em que a desescalada deixou de produzir efeito e identifica o que poderia ter sido feito antes da contenção. O quadro seguinte reúne os indicadores do protocolo e as respectivas metas internas de gestão.

Quadro 199 - Indicadores do protocolo de manejo da crise em saúde mental

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Usuários em crise com glicemia capilar e sinais vitais completos registrados na avaliação inicial	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Usuários em crise com registro de abordagem verbal e da resposta obtida antes de qualquer medida coercitiva	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Episódios de contenção mecânica em relação ao total de atendimentos por crise em saúde mental	Redução em relação ao trimestre anterior	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal
Episódios de contenção mecânica com prescrição médica escrita registrada	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Episódios de contenção com verificação registrada a cada 15 minutos, supervisão horária do enfermeiro e reavaliação médica a cada 60 minutos	95 por cento	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Episódios de contenção com duração superior a 2 horas sem nova prescrição escrita	Apurado caso a caso, com notificação no mesmo plantão e análise de causa	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal

CNPJ - 27.324.279/0001-15

Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000

(71) 3035-0103

asm@asaudem.org.br

Indicador	Meta	Responsável pela apuração	Periodicidade
Episódios de contenção notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente no mesmo plantão	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal
Usuários com avaliação estruturada e registrada do risco de suicídio e de violência	95 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal
Lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio com notificação compulsória imediata registrada	95 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Mensal
Usuários com risco baixo liberados com plano de segurança e contato efetivo com o serviço de destino registrados	95 por cento	Assistente social	Mensal
Complicações relacionadas à contenção ou à sedação	Apurado caso a caso, com notificação no mesmo plantão e análise de causa	Enfermeiro do Núcleo de Segurança do Paciente	Mensal
Tempo entre a decisão médica de transferência e o registro da solicitação no Complexo Regulador Estadual na crise em saúde mental	Até 60 minutos em 90 por cento dos casos	Enfermeiro coordenador da unidade	Mensal
Profissionais assistenciais com capacitação vigente em abordagem verbal e em técnica de contenção	90 por cento	Enfermeiro do Núcleo de Educação Permanente em Saúde	Trimestral
Aderência global ao protocolo em auditoria de prontuários	90 por cento	Responsável Técnico Médico	Mensal

Fonte: elaborado pelo Setor de Projetos da ASM. Metas internas de gestão da entidade, não integrantes do conjunto de metas e indicadores pactuados e não oponíveis à Secretaria Municipal da Saúde.

A aderência ao protocolo é auditada mensalmente pelo Responsável Técnico Médico, em amostra mínima de 30 prontuários por protocolo e por unidade, com conferência item a item do registro da abordagem verbal, da exclusão de causa orgânica, da avaliação de risco, da prescrição escrita da contenção e das verificações de 15 minutos, horárias e de 60 minutos. O resultado de cada indicador, por unidade, integra o relatório mensal de execução e monitoramento encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas até o dia 20 do mês seguinte, acompanhado do plano de ação quando a meta interna de gestão não for alcançada. Todo episódio de contenção mecânica com duração superior a 2 horas, toda complicação de contenção ou de sedação e todo óbito por suicídio de usuário atendido na unidade são analisados individualmente no Núcleo de Segurança

CNPJ - 27.324.279/0001-15
Rua Thomaz Gonzaga, Número 64, Pernambues, Salvador-BA CEP - 41.100-000
(71) 3035-0103
asm@asaudem.org.br