ANEXO II – INSTRUMENTOS DE TRIAGEM E SINAIS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA

Critérios de SIRS: a presença de dois ou mais critérios, em paciente com suspeita de infecção, indica triagem positiva, conforme definição institucional.

Critério	Valor
Temperatura	Superior a 38 °C ou inferior a 36 °C
Frequência cardíaca	Superior a 90 bpm
Frequência respiratória	Superior a 20 irpm ou PaCO2 inferior a 32 mmHg
Leucócitos	Superior a 12.000/mm³, inferior a 4.000/mm³ ou mais de 10% de formas jovens

National Early Warning Score 2 (NEWS2): soma dos pontos dos parâmetros abaixo (escala 1 de SpO2).

Parâmetro	3	2	1	0	1	2	3
Frequência respiratória (irpm)	≤ 8		9–11	12–20		21–24	≥ 25
SpO2 (%)	≤ 91	92–93	94–95	≥ 96			
Oxigênio suplementar		Sim		Não			
PAS (mmHg)	≤ 90	91–100	101–110	111–219			≥ 220
Frequência cardíaca (bpm)	≤ 40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥ 131
Nível de consciência				Alerta			Alterado*
Temperatura (°C)	≤ 35,0		35,1–36,0	36,1–38,0	38,1–39,0	≥ 39,1	
***Confusão nova ou resposta apenas à voz, à dor ou ausência de resposta. Interpretação: 0 a 4 – risco baixo; pontuação 3 em parâmetro isolado – risco baixo a médio (avaliação urgente); 5 a 6 – risco médio; 7 ou mais – risco alto.**							

Sinais de disfunção orgânica para triagem na UPA [VALIDAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA – critérios operacionais a serem aprovados pela instituição]:

Sistema	Sinal de disfunção
Cardiovascular	PAS inferior a 90 mmHg, PAM inferior a 65 mmHg ou queda importante da pressão habitual; lactato elevado
Respiratório	Necessidade de oxigênio para manter SpO2 igual ou superior a 90% ou desconforto respiratório
Neurológico	Rebaixamento do nível de consciência, confusão ou agitação agudas
Renal	Redução do débito urinário ou elevação da creatinina
Hematológico	Plaquetopenia ou alteração da coagulação
Hepático	Elevação das bilirrubinas ou icterícia
Perfusão periférica	Tempo de enchimento capilar prolongado ou pele mosqueada

ANEXO III – CHECKLIST DO PROTOCOLO DE SEPSE NA UPA

Etapa	Horário	Responsável
Triagem positiva / abertura do protocolo (tempo zero)		
Avaliação médica		
Coleta de lactato		
Coleta de hemoculturas (nº de conjuntos: ___)		
Coleta de exames gerais		
Início do antimicrobiano (medicamento e dose: _____)		
Início da reposição volêmica (volume prescrito: ___ mL)		
Término da reposição inicial / reavaliação		
Início do vasopressor (dose: _____)		
Resultado do lactato / repetição, se elevado		
Acionamento da central de regulação (nº da solicitação: ___)		
Saída do paciente / destino		

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:29:01 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:22:51 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:55:28 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXIII

Protocolo de Manejo do Trauma

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Manejo Do Trauma

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento inicial ao paciente adulto vítima de trauma na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com base na sequência xABCDE, com prioridade para o controle da hemorragia exsanguinante, a ressuscitação para controle de danos, a identificação e o tratamento imediato das lesões com risco de morte, a restrição seletiva de movimento da coluna e a transferência precoce para o serviço de referência em trauma, sem retardo por exames que não alterem a conduta imediata.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção, classificação de risco, sala de emergência, sala de sutura e procedimentos, sala de observação, serviço de imagem, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos vítimas de trauma contuso ou penetrante, que chegam por meios próprios ou pelo atendimento pré-hospitalar. Crianças deverão ser conduzidas conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF029, com as particularidades pediátricas; gestantes, também conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF028; e a via aérea avançada, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018. Queimaduras extensas exigem protocolo específico e transferência para centro de queimados.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** liderança da equipe, avaliação primária e secundária, controle de hemorragia, procedimentos para lesões com risco de morte (descompressão torácica, drenagem, via aérea avançada e cirúrgica), prescrição, indicação de hemocomponentes e definição do destino.
- **Enfermeiro:** preparo da sala, classificação de risco, participação na avaliação primária, controle de hemorragia externa, acessos venosos, monitorização, administração de medicamentos e hemocomponentes prescritos, prevenção de hipotermia, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, compressão direta de sangramentos, restrição de movimento da coluna e imobilizações, aquecimento, coleta de

amostras, cuidados conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.

- **Técnico em radiologia, quando existente:** realização prioritária dos exames solicitados.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de ácido tranexâmico, analgésicos, antimicrobianos para fraturas expostas e imunobiológicos para profilaxia do tétano.

3. DEFINIÇÃO

- **Trauma:** lesão corporal causada por energia externa (mecânica, térmica, elétrica ou química), de forma acidental ou intencional.
- **xABCDE:** sequência de avaliação primária do Advanced Trauma Life Support (ATLS), 11ª edição (2025), que antecede a via aérea com o controle da hemorragia externa exsanguinante (x), seguida de via aérea com proteção da coluna cervical (A), respiração (B), circulação e controle de hemorragia (C), estado neurológico (D) e exposição com prevenção de hipotermia (E).
- **Ressuscitação para controle de danos:** estratégia de manejo do paciente com hemorragia que combina controle precoce do sangramento, hipotensão permissiva, uso restrito de cristaloides, transfusão precoce e balanceada de hemocomponentes, correção da coagulopatia e prevenção de hipotermia e acidose, até o controle definitivo do sangramento.
- **Hipotensão permissiva:** manutenção deliberada da pressão arterial em níveis inferiores ao normal, suficientes para a perfusão de órgãos vitais, até o controle do sangramento, contraindicada no traumatismo cranioencefálico grave e na lesão raquimedular.
- **Tríade letal:** hipotermia, acidose e coagulopatia, que se potencializam e aumentam a mortalidade no trauma com hemorragia.
- **Restrição de movimento da coluna:** conjunto de medidas para minimizar o movimento da coluna em pacientes com risco de lesão raquimedular, aplicada de forma seletiva conforme critérios clínicos, e não obrigatoriamente com prancha rígida.

- **eFAST:** ultrassonografia direcionada para o trauma, com avaliação de líquido livre abdominal, pericárdico e pleural e de pneumotórax.

4. DIRETRIZES

O atendimento ao paciente traumatizado na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

PREPARO DA EQUIPE → SEGURANÇA → x: HEMORRAGIA EXSANGUINANTE → A: VIA AÉREA E COLUNA CERVICAL → B: RESPIRAÇÃO → C: CIRCULAÇÃO → D: NEUROLÓGICO → E: EXPOSIÇÃO E HIPOTERMIA → REAVALIAÇÃO E ACIONAMENTO PRECOCE DA TRANSFERÊNCIA → AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Ao receber aviso de chegada de vítima de trauma, preparar a sala de emergência: equipe com funções definidas, equipamento de proteção individual, material de via aérea, aspiração, oxigênio, torniquete, cinta pélvica, soluções aquecidas, monitor e ultrassonografia, quando disponível.
- Obter do atendimento pré-hospitalar ou do acompanhante o mecanismo do trauma, o horário, os achados e os tratamentos realizados (por exemplo, pelo método MIST: mecanismo, lesões, sinais vitais e tratamento).
- Identificar mecanismos de alta energia: ejeção de veículo, capotamento, morte de ocupante do mesmo veículo, atropelamento, queda de altura importante, colisão de motocicleta em alta velocidade, ferimento por arma de fogo ou arma branca em tronco, pescoço ou cabeça.
- Identificar o paciente conforme o protocolo institucional, inclusive vítimas sem identificação.

4.2 Critérios clínicos

Pacientes com alteração fisiológica (hipotensão, taquicardia, alteração do nível de consciência, desconforto respiratório), lesões anatômicas graves (ferimentos penetrantes em cabeça, pescoço, tórax, abdome ou raiz de membros, instabilidade

torácica, pelve instável, amputação, fraturas expostas, paralisia) ou mecanismo de alta energia deverão ser considerados vítimas de trauma grave, com atendimento na sala de emergência e acionamento precoce da transferência. Idosos, gestantes e usuários de anticoagulantes têm maior risco de lesões graves com mecanismos aparentemente menores.

4.3 Avaliação inicial

A avaliação primária (xABCDE) deverá ser realizada de forma simultânea ao tratamento, corrigindo cada problema identificado antes de prosseguir, e repetida sempre que houver piora clínica. A avaliação secundária (exame da cabeça aos pés, história AMPLE – alergias, medicamentos, passado médico e gestação, última refeição, eventos e ambiente) somente deverá ser realizada após estabilização e não deverá retardar a transferência.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Vítimas de trauma grave (item 4.2) deverão ser encaminhadas imediatamente à sala de emergência. Traumas de menor gravidade deverão ser reavaliados, considerando que lesões ocultas podem se manifestar tardiamente.

4.5 Avaliação xABCDE

- **x – Hemorragia exsanguinante externa:** compressão direta firme; torniquete em sangramento grave de membro não controlado por compressão, aplicado proximal à lesão, com registro do horário; curativo compressivo ou agente hemostático, quando disponível, em áreas juncionais.
- **A – Via aérea com restrição de movimento da coluna cervical:** avaliar permeabilidade, sangue, vômitos, corpo estranho, lesões faciais e cervicais; manobras de abertura sem hiperextensão cervical (elevação do mento ou tração da mandíbula); aspiração; via aérea avançada quando indicada (Glasgow igual ou inferior a 8, incapacidade de proteção, lesão inalatória, trauma maxilofacial

grave), conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018, com estabilização manual da coluna cervical; acesso cirúrgico se não for possivel intubar nem oxigenar.

- **B – Respiração:** inspeção, palpação, percussão e ausculta do tórax, SpO2 e frequência respiratória; oxigênio para manter SpO2 adequada; identificar e tratar imediatamente pneumotórax hipertensivo, pneumotórax aberto, hemotórax maciço e tórax instável (item 4.9).
- **C – Circulação:** avaliar nível de consciência, cor da pele, pulso, enchimento capilar e pressão arterial; identificar fontes de sangramento interno (tórax, abdome, pelve, ossos longos, retroperitônio); dois acessos venosos calibrosos (ou intraósseo); coleta de tipagem e exames; cinta pélvica na suspeita de fratura de pelve com instabilidade; eFAST quando disponivel.
- **D – Neurológico:** Escala de Coma de Glasgow, pupilas, sinais de lateralização e nível de lesão medular; glicemia capilar.
- **E – Exposição e ambiente:** despir completamente para exame, com rolamento em bloco quando indicado; prevenir hipotermia com cobertores, ambiente aquecido e soluções aquecidas.

4.6 Exames complementares

- Tipagem sanguínea e prova cruzada, hemograma, coagulograma, gasometria com lactato ou déficit de base, eletrólitos, glicemia, beta-hCG em mulheres em idade fértil e alcoolemia ou exames toxicológicos quando indicados.
- eFAST à beira do leito, quando disponivel e realizado por profissional capacitado.
- Radiografia de tórax e de pelve na sala de emergência, conforme disponibilidade, nos traumas graves.
- Radiografias de extremidades após a estabilização.
- Tomografia computadorizada no serviço de referência ou na unidade, quando disponivel, somente em pacientes estáveis; nos pacientes instáveis, a transferência não deverá ser retardada para realização de exames.
- Critérios para indicação de tomografia de crânio no trauma cranioencefálico leve e de exame da coluna cervical: Anexo II.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardiaca continua, oximetria, pressão arterial frequente e temperatura.
- Glasgow e pupilas seriados.
- Diurese (sondagem vesical conforme indicação, após excluir lesão uretral: sangue no meato, hematoma perineal).
- Reavaliação xABCDE após cada intervenção e diante de qualquer piora.
- Controle do tempo de torniquete.

4.8 Condutas iniciais

Ressuscitação para controle de danos (ATLS, 11ª edição)

- Controle precoce do sangramento é a prioridade; a transferência para controle definitivo do sangramento deverá ser acionada imediatamente.
- **Hipotensão permissiva** no paciente com hemorragia sem traumatismo cranioencefálico grave: meta de pressão arterial sistólica de 80 a 90 mmHg até o controle do sangramento (diretriz europeia de 2023).
- **No traumatismo cranioencefálico grave**, a hipotensão permissiva é contraindicada; manter pressão arterial média igual ou superior a 80 mmHg (diretriz europeia de 2023) e evitar pressão arterial sistólica inferior a 100 a 110 mmHg conforme a idade (Brain Trauma Foundation).
- **Cristaloides em volume restrito**, em pequenos bolus conforme resposta, evitando grandes volumes; hemocomponentes (concentrado de hemácias, plasma e plaquetas em proporção balanceada) o mais precocemente possível, conforme disponibilidade na unidade e protocolo de transfusão maciça da rede.
- **Ácido tranexâmico** em pacientes com hemorragia significativa ou risco dela: 1 g intravenoso em 10 minutos, o mais precocemente possível e em até 3 horas após o trauma, seguido de 1 g em 8 horas (CRASH-2); não iniciar após 3 horas.
- Prevenção ativa da hipotermia, da acidose e da coagulopatia.

4.9 Tratamento

a) Lesões torácicas com risco imediato de morte

- **Pneumotórax hipertensivo:** diagnóstico clínico (desconforto respiratório, hipotensão, murmúrio abolido, desvio de traqueia, turgência jugular); descompressão imediata por médico, por agulha ou toracostomia digital, seguida de drenagem torácica, sem aguardar radiografia.
- **Pneumotórax aberto:** curativo oclusivo com válvula (ou fixado em três lados) e drenagem torácica.
- **Hemotórax maciço:** drenagem torácica, ressuscitação e transferência imediata para toracotomia.
- **Tamponamento cardíaco:** ressuscitação volêmica e transferência imediata; pericardiocentese somente como medida de salvamento, por médico habilitado.
- **Tórax instável e contusão pulmonar:** oxigênio, analgesia adequada e suporte ventilatório.

b) Trauma abdominal e pélvico

- Paciente instável com eFAST positivo ou sinais de peritonite, evisceração ou ferimento penetrante: transferência imediata para cirurgia.
- Suspeita de fratura de pelve com instabilidade: cinta pélvica ao nível dos trocânteres, sem manipulação repetida da pelve.
- Objetos empalados não deverão ser removidos na UPA; estabilizar e transferir.

c) Trauma cranioencefálico (TCE)

- Evitar hipóxia e hipotensão, que aumentam a lesão cerebral secundária.
- Cabeceira elevada a 30°, se não houver hipotensão, com alinhamento cervical.
- Classificar pela Escala de Coma de Glasgow: leve (13 a 15), moderado (9 a 12), grave (3 a 8).
- TCE grave: via aérea avançada, normoventilação, controle glicêmico e térmico e transferência imediata para serviço com neurocirurgia; hiperventilação e terapia

hiperosmolar somente como ponte diante de sinais de herniação, por decisão médica.

- TCE leve a moderado com hemorragia significativa: ácido tranexâmico em até 3 horas pode ser considerado (CRASH-3), conforme decisão médica.
- Pacientes em uso de anticoagulantes ou antiagregantes com TCE: maior risco de hemorragia intracraniana; neuroimagem e observação conforme o fluxo institucional.

d) Trauma raquimedular

Aplicar restrição de movimento da coluna aos pacientes com risco conforme critérios clínicos (Anexo II), com colar cervical de tamanho adequado e rolamento em bloco, evitando a permanência prolongada em prancha rígida, que deverá ser utilizada apenas para transporte e retirada o mais precocemente possível, conforme a revisão da abordagem da restrição de movimento da coluna no ATLS, 11ª edição. Choque neurogênico (hipotensão com bradicardia) exige reposição volêmica cautelosa e vasopressor, após exclusão de hemorragia.

e) Trauma musculoesquelético

- Controle do sangramento, alinhamento e imobilização das fraturas, com avaliação neurovascular antes e depois.
- Fraturas expostas: antimicrobiano intravenoso o mais precocemente possível, conforme o guia institucional, curativo estéril, imobilização e profilaxia do tétano.
- Amputações traumáticas: controle do sangramento, preservação do segmento amputado envolto em gaze umedecida com solução fisiológica, em saco plástico sobre gelo, sem contato direto com o gelo, e transferência imediata.
- Suspeita de síndrome compartimental: transferência para avaliação ortopédica urgente.

f) Feridas e profilaxia do tétano

Limpeza, desbridamento e sutura das feridas simples, conforme indicação; profilaxia do tétano (vacina e/ou imunoglobulina) conforme a classificação da ferida e o esquema vacinal, segundo as normas vigentes do Ministério da Saúde.

4.10 Terapia medicamentosa

- **Ácido tranexâmico:** 1 g IV em 10 minutos, seguido de 1 g IV em 8 horas, em até 3 horas após o trauma.
- **Analgesia:** precoce e titulada (opioides intravenosos em doses tituladas, analgésicos simples), conforme padronização; a analgesia não deverá ser retardada por receio de mascarar o exame.
- **Antimicrobianos:** fraturas expostas e ferimentos com contaminação, conforme o guia institucional.
- **Profilaxia do tétano:** conforme as normas vigentes.
- **Reversão de anticoagulação** nos pacientes com hemorragia grave ou TCE, conforme disponibilidade e decisão médica.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Aplicação de torniquete e curativos compressivos.
- Restrição de movimento da coluna e rolamento em bloco.
- Acessos venosos calibrosos e intraósseo.
- Cinta pélvica.
- Descompressão torácica e drenagem pleural (médico).
- Via aérea avançada e cricotireoidostomia (médico).
- eFAST (profissional capacitado).
- Imobilização de fraturas, curativos e suturas.
- Aquecimento ativo do paciente e das soluções.

4.12 Critérios de gravidade

- Instabilidade hemodinâmica ou necessidade de transfusão.
- Glasgow igual ou inferior a 13, queda do Glasgow ou anisocoria.
- Desconforto respiratório ou lesão torácica com risco de morte.
- Ferimentos penetrantes em cabeça, pescoço, tronco ou raiz de membros.
- Pelve instável, duas ou mais fraturas de ossos longos proximais, amputação.

- Déficit neurológico sugestivo de lesão raquimedular.
- Idosos, gestantes e anticoagulados com mecanismo significativo.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente em condição de transporte quando houver via aérea segura, ventilação adequada, lesões torácicas com risco imediato tratadas, hemorragias externas controladas, acessos venosos funcionantes, ressuscitação em curso, restrição de movimento da coluna quando indicada e prevenção de hipotermia. No trauma com hemorragia, a estabilização completa não é esperada na UPA: o controle definitivo depende da transferência, que não deverá ser retardada.

4.14 Critérios para observação

Poderão permanecer em observação pacientes com trauma de baixa energia, estáveis, sem critérios de gravidade, para reavaliação seriada (por exemplo, TCE leve sem critérios de neuroimagem, conforme o Anexo II). A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação, para hospital de referência em trauma: todos os pacientes com critérios de gravidade; pacientes que necessitem de tomografia, cirurgia ou especialistas indisponíveis na unidade; e pacientes com fraturas que exijam tratamento ortopédico hospitalar.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Centro de referência em trauma com cirurgia geral, neurocirurgia, ortopedia, terapia intensiva e agência transfusional, conforme a rede. A decisão de transferir deverá ser tomada precocemente, na avaliação primária, e a comunicação médica direta com o serviço de destino deverá ocorrer antes da saída. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado nos pacientes graves, com restrição de movimento da coluna quando indicada e prevenção de hipotermia, conforme fluxo

pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, em pacientes com trauma de baixa gravidade, estáveis, após reavaliação, com exames indicados sem alterações, dor controlada, deambulação quando aplicável, acompanhante responsável (em especial após TCE leve) e orientação por escrito sobre sinais de alarme (cefaleia progressiva, vômitos, sonolência, confusão, convulsão, fraqueza, dor abdominal, falta de ar), cuidados com feridas e imobilizações, profilaxia do tétano e seguimento.

4.18 Registro em prontuário

- mecanismo do trauma, horário e informações do atendimento pré-hospitalar;
- achados da avaliação primária e secundária, com horários;
- horário de aplicação do torniquete e da cinta pélvica;
- procedimentos realizados;
- fluidos, hemocomponentes, ácido tranexâmico e demais medicamentos, com doses e horários;
- Glasgow, pupilas e sinais vitais seriados;
- contato com a central de regulação e com o serviço de destino, horário de aceite e de saída;
- notificação de violência, quando aplicável;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Líder definido e comunicação em alça fechada durante o atendimento.
- Passagem de caso estruturada ao serviço de destino (por exemplo, MIST ou SBAR), com horários do trauma, do torniquete e do ácido tranexâmico.
- Comunicação com a família com acolhimento, preservando informações sensíveis.

- Situações de violência: notificação compulsória, conforme a legislação, e comunicação aos órgãos de proteção quando a vítima for criança, adolescente, idoso ou pessoa com deficiência.

4.20 Segurança do paciente

- Uso de equipamento de proteção individual pela equipe.
- Identificação correta do paciente, inclusive de vítimas não identificadas.
- Controle do tempo de torniquete e da cinta pélvica.
- Prevenção de hipotermia e de lesão por pressão em pacientes imobilizados.
- Guarda de pertences e de possíveis evidências forenses, conforme fluxo institucional.
- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **AMPLE** – Alergias, Medicamentos, Passado médico/gestação, Última refeição, Eventos/ambiente
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **ATLS** – Advanced Trauma Life Support
- **beta-hCG** – Fração beta da gonadotrofina coriônica humana
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **eFAST** – Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma
- **EPI** – Equipamento de proteção individual
- **IV** – Intravenoso
- **MIST** – Mecanismo, Injúrias (lesões), Sinais vitais, Tratamento
- **NEXUS** – National Emergency X-Radiography Utilization Study
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada

- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **TCE** – Traumatismo cranioencefálico
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **xABCDE** – Hemorragia exsanguinante (x), via aérea (Airway), respiração (Breathing), circulação (Circulation), neurológico (Disability), exposição (Exposure)

6. REFERÊNCIA

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS): student course manual. 11. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CARNEY, N. et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, fourth edition. Neurosurgery, v. 80, n. 1, p. 6-15, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

CRASH-2 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, vascular occlusive events, and blood transfusion in trauma patients with significant haemorrhage (CRASH-2): a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 376, n. 9734, p. 23-32, 2010.

CRASH-3 TRIAL COLLABORATORS. Effects of tranexamic acid on death, disability, vascular occlusive events and other morbidities in patients with acute traumatic brain injury (CRASH-3): a randomised, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 394, n. 10210, p. 1713-1723, 2019.

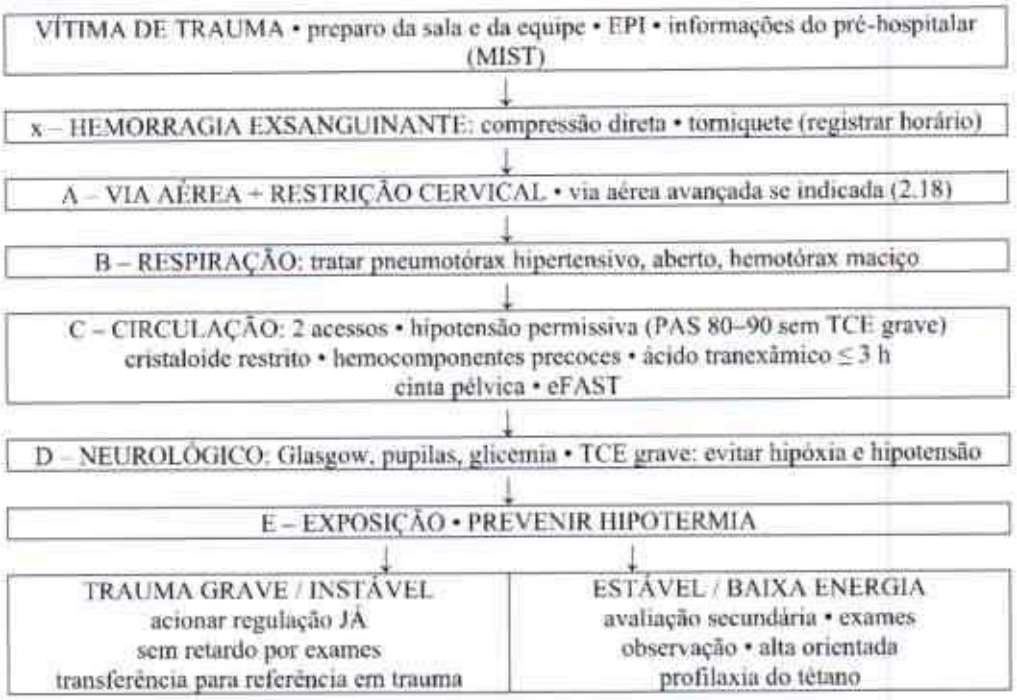
HOFFMAN, J. R. et al. Validity of a set of clinical criteria to rule out injury to the cervical spine in patients with blunt trauma. New England Journal of Medicine, v. 343, n. 2, p. 94-99, 2000.

ROSSAINT, R. et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: sixth edition. Critical Care, v. 27, 80, 2023.

STIELL, I. G. et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. The Lancet, v. 357, n. 9266, p. 1391-1396, 2001.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE TRAUMATIZADO NA UPA



ANEXO II – CRITÉRIOS DE APOIO: TCE LEVE E COLUNA CERVICAL

Regra Canadense para Tomografia de Crânio (TCE leve com Glasgow de 13 a 15 e perda de consciência, amnésia ou desorientação testemunhadas): indicar tomografia na presença de qualquer um dos critérios abaixo. Não se aplica a pacientes em uso de anticoagulantes, com convulsão pós-trauma ou com menos de 16 anos, que exigem avaliação individualizada.

Risco	Critério
Alto (risco de intervenção neurocirúrgica)	Glasgow inferior a 15 duas horas após o trauma; suspeita de fratura aberta ou com afundamento; sinais de fratura de base de crânio (hemotímpano, olhos de guaxinim, rinorreia ou otorreia de liquor, sinal de Battle); dois ou mais episódios de vômito; idade igual ou superior a 65 anos
Médio (lesão cerebral na tomografia)	Amnésia retrógrada de 30 minutos ou mais; mecanismo perigoso (atropelamento, ejeção de veículo, queda de altura superior a 1 metro ou 5 degraus)

Critérios NEXUS (coluna cervical): exames de imagem são dispensáveis quando todos os critérios estiverem presentes: ausência de dor à palpação da linha média cervical posterior; ausência de déficit neurológico focal; estado de alerta normal; ausência de intoxicação; ausência de lesão dolorosa que distraia. A Regra Canadense para Coluna Cervical é alternativa validada, conforme a padronização institucional.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:53:31 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.06 11:04:39 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.030.351-59 06/10/26 às 14:02:25 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXIV

Protocolo de Parada Cardiorrespiratória e Ressuscitação Cardiopulmonar

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

Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Parada Cardiorrespiratória (PCR) e Ressucitação Cardiopulmonar (RCP)

1678

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento da parada cardiorrespiratória (PCR), a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, a desfibrilação precoce, o suporte avançado de vida e os cuidados imediatos após o retorno da circulação espontânea (RCE) em pacientes adultos atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com organização da equipe por funções definidas, registro padronizado do atendimento e transferência segura do paciente reanimado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os setores da UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, inclusive recepção, áreas de espera, consultórios, sala de medicação, sala de observação e sala de emergência, bem como a pacientes que chegam à unidade em PCR ou que a apresentam durante o atendimento.

Aplica-se a pacientes adultos. A PCR em crianças e lactentes deverá seguir o protocolo de urgências pediátricas; a PCR em gestantes deverá seguir este protocolo com as particularidades descritas no item 4.9 e no protocolo de urgências ginecológicas e obstétricas.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** liderança do atendimento, interpretação do ritmo, indicação de desfibrilação e cardioversão com desfibrilador manual, prescrição de medicamentos, manejo avançado da via aérea, tratamento das causas reversíveis, decisão de encerramento dos esforços de reanimação, constatação do óbito e cuidados pós-RCE.
- **Enfermeiro:** reconhecimento da PCR, acionamento da equipe, RCP, uso do desfibrilador externo automático (DEA) e, na indisponibilidade do DEA, manejo do desfibrilador manual para o choque (Resolução COFEN nº 704/2022), acesso venoso, administração de medicamentos prescritos, coordenação da equipe de enfermagem, registro e teste funcional do desfibrilador manual.
- **Técnico de enfermagem:** reconhecimento da PCR, acionamento da equipe, compressões torácicas, ventilação com bolsa-válvula-máscara, uso do DEA,

acesso venoso periférico, administração de medicamentos prescritos sob supervisão e registro dos horários.

- **Fisioterapeuta, quando presente:** apoio à ventilação com bolsa-válvula-máscara e às compressões, conforme capacitação e protocolo institucional.
- **Farmacêutico:** padronização, conferência e reposição dos medicamentos do carro de emergência.
- **Demais trabalhadores da unidade:** reconhecimento de pessoa que não responde, acionamento imediato da equipe e início de compressões torácicas, quando capacitados.

3. DEFINIÇÃO

- **Parada cardiorrespiratória (PCR):** cessação da atividade mecânica cardíaca, reconhecida por ausência de resposta, ausência de respiração ou respiração anormal (gasping) e ausência de pulso central palpável.
- **Ritmos chocáveis:** fibrilação ventricular (FV) e taquicardia ventricular sem pulso (TVSP).
- **Ritmos não chocáveis:** atividade elétrica sem pulso (AESP) e assistolia.
- **RCP de alta qualidade:** compressões torácicas com frequência de 100 a 120 por minuto, profundidade de pelo menos 5 cm sem exceder 6 cm no adulto, retorno completo do tórax, interrupções mínimas (pausas inferiores a 10 segundos) e ventilação sem hiperventilação.
- **Retorno da circulação espontânea (RCE):** restabelecimento de ritmo cardíaco organizado com pulso palpável e pressão arterial mensurável.
- **Causas reversíveis:** condições tratáveis que podem causar ou manter a PCR, sistematizadas como "5 Hs e 5 Ts" (Anexo II).
- **Capnografia em forma de onda:** monitorização contínua do dióxido de carbono expirado (ETCO2), utilizada para confirmar a posição do tubo traqueal e monitorar a qualidade da RCP e o RCE.

- **Suporte básico de vida (SBV) e suporte avançado de vida (SAV):** conjuntos de intervenções de reanimação sem e com recursos avançados (desfibrilador manual, via aérea avançada, medicamentos), respectivamente.

4. DIRETRIZES

O atendimento à PCR na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → ACIONAMENTO DA EQUIPE E DO DESFIBRILADOR → RCP DE ALTA QUALIDADE → ANÁLISE DO RITMO E DESFIBRILAÇÃO, QUANDO INDICADA → SUPORTE AVANÇADO E CAUSAS REVERSÍVEIS → RCE E CUIDADOS PÓS-PCR OU ENCERRAMENTO DOS ESFORÇOS → REGISTRO, COMUNICAÇÃO E DEBRIEFING

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Verificar a segurança do local.
- Avaliar responsividade chamando e tocando o paciente pelos ombros.
- Se não houver resposta, acionar imediatamente a equipe de emergência da unidade e solicitar o desfibrilador (DEA ou desfibrilador manual) e o carro de emergência.
- Verificar simultaneamente respiração e pulso central (carotídeo), em no máximo 10 segundos. Respiração ausente ou apenas gasping, sem pulso definido, caracteriza PCR: iniciar compressões torácicas imediatamente.
- Paciente com pulso e sem respiração normal (parada respiratória): ventilar com bolsa-válvula-máscara, 1 ventilação a cada 6 segundos (10 por minuto), reavaliando o pulso a cada 2 minutos; na suspeita de intoxicação por opioide, considerar naloxona conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF025.

4.2 Critérios clínicos

A RCP deverá ser iniciada em todo paciente em PCR, exceto quando houver risco à segurança da equipe, sinais evidentes de morte irreversível (rigidez cadavérica, livores, decomposição, lesões incompatíveis com a vida) ou diretiva antecipada de

vontade ou decisão de limitação de suporte registrada, conforme as Resoluções CFM nº 1.805/2006 e nº 1.995/2012. Na dúvida, a RCP deverá ser iniciada.

4.3 Avaliação inicial

- Instalar as pás do DEA ou do desfibrilador manual assim que disponível, sem interromper as compressões.
- Analisar o ritmo a cada 2 minutos, com pausa inferior a 10 segundos, e checar pulso somente se houver ritmo organizado.
- Obter informações do acompanhante ou do prontuário sobre o horário da PCR, a história clínica, os medicamentos em uso e as possíveis causas.

4.4 Classificação de risco

Paciente em PCR ou em iminência de PCR tem prioridade máxima e deverá ser levado imediatamente à sala de emergência, sem aguardar classificação de risco ou cadastro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Quando a PCR ocorrer fora da sala de emergência, a RCP deverá ser iniciada no local e o paciente transportado somente quando o transporte não comprometer a qualidade das compressões.

4.5 Avaliação ABCDE

Durante a PCR, a sequência de prioridade é compressões torácicas, desfibrilação precoce e ventilação (C-A-B). Após o RCE, a avaliação ABCDE completa deverá ser realizada conforme o item 4.13.

4.6 Exames complementares

- Durante a PCR: glicemia capilar e, quando disponível, gasometria com eletrólitos, especialmente potássio, para pesquisa de causas reversíveis, sem interromper a RCP.
- Ultrassonografia à beira do leito, quando disponível e realizada por profissional capacitado, poderá auxiliar na pesquisa de causas reversíveis, desde que não prolongue as pausas das compressões.

- Após o RCE: eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações, glicemia, gasometria, eletrólitos, hemograma, função renal, troponina e radiografia de tórax, conforme disponibilidade e sem atrasar a transferência.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardiaca pelas pás ou eletrodos do desfibrilador.
- Capnografia em forma de onda em pacientes com via aérea avançada, quando disponivel, para confirmação da posição do dispositivo e acompanhamento da qualidade da RCP; elevação súbita e sustentada do ETCO2 pode indicar RCE.
- Dispositivo de retroalimentação (feedback) de qualidade da RCP, quando disponivel.
- Registro cronológico contínuo das intervenções (Anexo III).

4.8 Condutas iniciais

RCP de alta qualidade

- Paciente em decúbito dorsal sobre superficie rígida; utilizar prancha rigida no leito, se necessário.
- Mãos sobrepostas na metade inferior do esterno.
- Frequência de 100 a 120 compressões por minuto e profundidade de pelo menos 5 cm, sem exceder 6 cm.
- Permitir o retorno completo do tórax após cada compressão, sem apoiar o peso sobre o tórax.
- Minimizar interrupções: pausas inferiores a 10 segundos para análise do ritmo, choque ou ventilação.
- Trocar o responsável pelas compressões a cada 2 minutos, ou antes, se houver fadiga, preferencialmente durante a análise do ritmo.
- Sem via aérea avançada: ciclos de 30 compressões e 2 ventilações, com volume suficiente para elevar visivelmente o tórax, evitando hipoventilação e hiperventilação.

- Com via aérea avançada: compressões contínuas e 1 ventilação a cada 6 segundos (10 por minuto).
- Oxigênio na maior concentração disponível durante a RCP.
- Dispositivos mecânicos de compressão não são recomendados de rotina; podem ser considerados em situações específicas, como o transporte, desde que não prolonguem as interrupções.

Organização da equipe

A equipe deverá atuar com funções previamente definidas: líder (médico), responsável pelas compressões (com revezamento), responsável pela via aérea e ventilação, responsável pelo desfibrilador e monitor, responsável por acesso venoso e medicamentos e responsável pelo registro e controle do tempo. Recomenda-se comunicação em alça fechada, com confirmação verbal de cada ordem recebida.

4.9 Tratamento

a) Ritmo chocável (FV/TVSP)

- Aplicar o choque tão logo o ritmo seja identificado e retomar imediatamente as compressões por 2 minutos, sem checar pulso após o choque.
- Energia: desfibrilador bifásico conforme a recomendação do fabricante (em geral 120 a 200 J); se desconhecida, utilizar a carga máxima disponível; desfibrilador monofásico: 360 J. Choques subsequentes com energia igual ou superior.
- Adrenalina após falha das tentativas iniciais de desfibrilação (AHA 2025), repetida a cada 3 a 5 minutos.
- Antiarrítmico (amiodarona ou lidocaína) na FV/TVSP refratária à desfibrilação.
- A utilidade da desfibrilação sequencial dupla e da mudança de vetor das pás na FV/TVSP persistente após 3 ou mais choques não está estabelecida (AHA 2025).

b) Ritmo não chocável (AESP/assistolia)

- Manter RCP de alta qualidade em ciclos de 2 minutos.

- Administrar adrenalina o mais precocemente possível e repetir a cada 3 a 5 minutos.
- Na assistolia, confirmar o ritmo verificando conexões, ganho do monitor e derivação.
- Pesquisar e tratar ativamente as causas reversíveis (Anexo II).

c) Via aérea

- A ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio é aceitável durante a RCP, com adjuntos (cânula orofaríngea) quando necessário.
- A inserção de via aérea avançada (dispositivo supraglótico ou intubação traqueal) deverá ser realizada por profissional habilitado, sem interrupção prolongada das compressões, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018 – Manejo de via aérea e intubação.
- Confirmar a posição do tubo traqueal preferencialmente por capnografia em forma de onda, associada à avaliação clínica.

d) Acesso vascular

Tentar inicialmente o acesso venoso periférico; o acesso intraósseo é aceitável se as tentativas de acesso venoso forem malsucedidas ou inviáveis (AHA 2025), conforme disponibilidade do dispositivo e capacitação da equipe. Cada medicamento deverá ser seguido de bolus de 20 mL de solução fisiológica e elevação do membro.

e) Situações especiais

- **Gestante:** deslocamento manual do útero para a esquerda durante a RCP e acionamento imediato de suporte obstétrico; a AHA 2025 recomenda que o preparo para o parto de reanimação se inicie no reconhecimento da PCR, com meta de conclusão em 5 minutos, procedimento que depende de equipe e estrutura habitualmente indisponíveis na UPA.
- **Suspeita de intoxicação por opioide:** naloxona, desde que não interfira na RCP de alta qualidade com ventilações.

- **Suspeita de hiperpotassemia:** a efetividade do cálcio intravenoso na PCR não está bem estabelecida (AHA 2025); não deverá retardar as intervenções prioritárias.
- **Trauma:** priorizar as causas reversíveis traumáticas (hemorragia, pneumotórax hipertensivo, tamponamento), conforme o protocolo.
- **Hipotermia:** conforme avaliação médica e disponibilidade de reaquecimento; transferência para serviço de referência.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Dose (adulto)	Indicação e observações
Adrenalina	1 mg IV/IO a cada 3 a 5 minutos.	Ritmo não chocável: o mais precocemente possível. Ritmo chocável: após falha das tentativas iniciais de desfibrilação. Vasopressina não oferece vantagem sobre a adrenalina.
Amiodarona	Primeira dose: 300 mg IV/IO em bolus. Segunda dose: 150 mg.	FV/TVSP refratária à desfibrilação.
Lidocaína (alternativa à amiodarona)	Primeira dose: 1 a 1,5 mg/kg IV/IO. Doses adicionais: 0,5 a 0,75 mg/kg (máximo de 3 mg/kg).	FV/TVSP refratária à desfibrilação.
Sulfato de magnésio	1 a 2 g IV/IO.	Torsades de pointes; não recomendado de rotina na PCR.
Bicarbonato de sódio	Conforme prescrição médica.	Não recomendado de rotina; considerar em situações específicas, como hiperpotassemia ou intoxicação por antidepressivos tricíclicos.

As doses deverão ser conferidas com o algoritmo de suporte avançado de vida vigente da AHA (2025) e com a padronização do carro de emergência da unidade. Betabloqueadores, bretílio, procainamida ou sotalol na FV/TVSP refratária têm benefício incerto (AHA 2025).

4.11 Procedimentos assistenciais

- Compressões torácicas e ventilação com bolsa-válvula-máscara.

- Desfibrilação com DEA (equipe de enfermagem) ou com desfibrilador manual (médico e, na indisponibilidade do DEA, enfermeiro, conforme a Resolução COFEN nº 704/2022).
- Acesso venoso periférico e, quando disponível e capacitado, acesso intraósseo.
- Via aérea avançada por profissional habilitado.
- Aspiração de vias aéreas.
- Descompressão torácica ou pericardiocentese, por médico habilitado, quando indicadas.
- Estimulação cardíaca transcutânea nas bradiarritmias com pulso e instabilidade, conforme disponibilidade.

4.12 Critérios de gravidade

Toda PCR é situação de máxima gravidade. Após o RCE, são sinais de gravidade adicional: instabilidade hemodinâmica ou necessidade de vasopressor, arritmias recorrentes, ausência de resposta a comandos, hipoxemia persistente, supradesnivelamento do segmento ST no ECG e PCR prolongada.

4.13 Critérios de estabilização

Após o RCE, deverão ser buscadas as seguintes metas, conforme a AHA 2025:

- via aérea avançada assegurada e com posição confirmada, quando indicada;
- saturação periférica de oxigênio (SpO2) entre 90% e 98%, titulando a fração inspirada de oxigênio (manter oxigênio a 100% até ser possível medir a SpO2 de forma confiável);
- pressão parcial de dióxido de carbono entre 35 e 45 mmHg, na ausência de acidemia grave, evitando hiperventilação;
- pressão arterial média (PAM) de pelo menos 65 mmHg, com fluidos e/ou vasopressor;
- glicemia entre 70 e 180 mg/dL, evitando hipoglicemia e hiperglicemia;
- ECG de 12 derivações precoce para pesquisa de isquemia ou arritmia;

- controle de temperatura: evitar febre: em pacientes que não respondem a comandos, a estratégia deliberada de controle de temperatura (meta entre 32 °C e 37,5 °C, mantida por pelo menos 36 horas) deverá ser iniciada ou programada com o serviço de destino, conforme disponibilidade.

4.14 Critérios para observação

Não se aplica ao paciente pós-PCR, que deverá permanecer na sala de emergência, com monitorização contínua, até a transferência.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Todo paciente com RCE deverá ser transferido, via central de regulação, para unidade de terapia intensiva ou serviço hospitalar de referência.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com hemodinâmica:** supradesnivelamento persistente do segmento ST, choque cardiogênico, arritmias ventriculares recorrentes ou refratárias ou isquemia miocárdica grave (angiografia coronariana de emergência deverá ser considerada – AHA 2025), em articulação com o protocolo.
- **Unidade de terapia intensiva:** demais pacientes pós-PCR, em especial os que não respondem a comandos.

O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com médico, monitorização contínua, desfibrilador e ventilação adequada, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Não se aplica a alta da UPA ao paciente reanimado de PCR.

Encerramento dos esforços de reanimação

A decisão de encerrar os esforços de reanimação é médica e deverá considerar, em conjunto, o tempo de PCR sem RCE, o ritmo inicial e sua evolução, a presença de testemunha e o tempo até o início da RCP, as comorbidades e o prognóstico, a resposta às intervenções, a exclusão das causas reversíveis e as diretivas antecipadas de vontade. Nenhum parâmetro isolado deverá ser utilizado como único critério. Após o encerramento, o médico constatará e registrará o óbito, a família deverá ser comunicada de forma acolhedora e a declaração de óbito ou o encaminhamento ao serviço competente seguirá a Resolução CFM nº 1.779/2005 e o fluxo institucional.

4.18 Registro em prontuário

- horário do reconhecimento da PCR e do início da RCP;
- ritmo inicial e ritmos subsequentes;
- horários e energia de cada choque;
- horários, doses e vias dos medicamentos;
- horário e tipo de via aérea avançada e método de confirmação;
- causas reversíveis pesquisadas e tratamentos realizados;
- horário do RCE ou do encerramento dos esforços, com a fundamentação da decisão;
- condição do paciente e parâmetros após o RCE, contato com a central de regulação e horário de saída;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

Recomenda-se a utilização do formulário de registro do Anexo III e o monitoramento institucional dos eventos de PCR.

4.19 Comunicação entre profissionais

- Comunicação em alça fechada durante o atendimento, com o líder verbalizando ordens e a equipe confirmando a execução.

- Anúncio em voz alta do tempo decorrido a cada ciclo de 2 minutos e dos horários de medicamentos pelo responsável pelo registro.
- Passagem do caso ao serviço de destino com o registro completo do atendimento, utilizando ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR).
- Debriefing da equipe após o atendimento; a AHA 2025 considera razoável combinar debriefing imediato e tardio.
- Presença da família durante a RCP, quando possível e apropriado, com apoio de um profissional designado, conforme política institucional.

4.20 Segurança do paciente

- Carro de emergência padronizado, lacrado e conferido conforme rotina institucional, com registro de checagem.
- Teste diário ou conforme orientação do fabricante do desfibrilador manual (atividade privativa do enfermeiro no âmbito da enfermagem) e avaliação periódica da operacionalidade do DEA (Resolução COFEN nº 704/2022).
- Segurança elétrica durante o choque: aviso verbal e verificação de que ninguém toca o paciente ou a maca; retirada da fonte de oxigênio de fluxo livre do tórax.
- Capacitação periódica da equipe em SBV e SAV, com simulação e uso de dispositivos de retroalimentação.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **AESP** – Atividade elétrica sem pulso
- **AHA** – American Heart Association
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **C-A-B** – Compressões, via aérea (Airway), ventilação (Breathing)

- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CIATox** – Centro de Informação e Assistência Toxicológica
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **DEA** – Desfibrilador externo automático
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **ETCO2** – Dióxido de carbono ao final da expiração
- **FV** – Fibrilação ventricular
- **IO** – Intraósseo
- **IV** – Intravenoso
- **PA** – Pressão arterial
- **PaCO2** – Pressão parcial arterial de dióxido de carbono
- **PAM** – Pressão arterial média
- **PCR** – Parada cardiorrespiratória
- **RCE** – Retorno da circulação espontânea
- **RCP** – Ressuscitação cardiopulmonar
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SAV** – Suporte avançado de vida
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SBV** – Suporte básico de vida
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **TVSP** – Taquicardia ventricular sem pulso
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva

6. REFERÊNCIA

BERNOCHE, C. et al. Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia –

2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, n. 3, p. 449-663, 2019. DOI: 10.5935/abc.20190203.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CAO, D. et al. Part 10: adult and pediatric special circumstances of resuscitation: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, p. S578-S672, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001380.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 704, de 2022. Normatiza a atuação dos profissionais de Enfermagem na utilização do equipamento de desfibrilação no cuidado ao indivíduo em parada cardiorrespiratória. Brasília: COFEN, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.779, de 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília: CFM, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.805, de 9 de novembro de 2006. Dispõe sobre a limitação ou suspensão de procedimentos e tratamentos na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis. Brasília: CFM, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília: CFM, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

DEL RIOS, M. et al. Part 1: executive summary: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, n. 16, supl. 2, p. S284-S312, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001372.

HIRSCH, K. G. et al. Part 11: post-cardiac arrest care: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, 2025. [paginação e DOI não confirmados – VALIDAR]

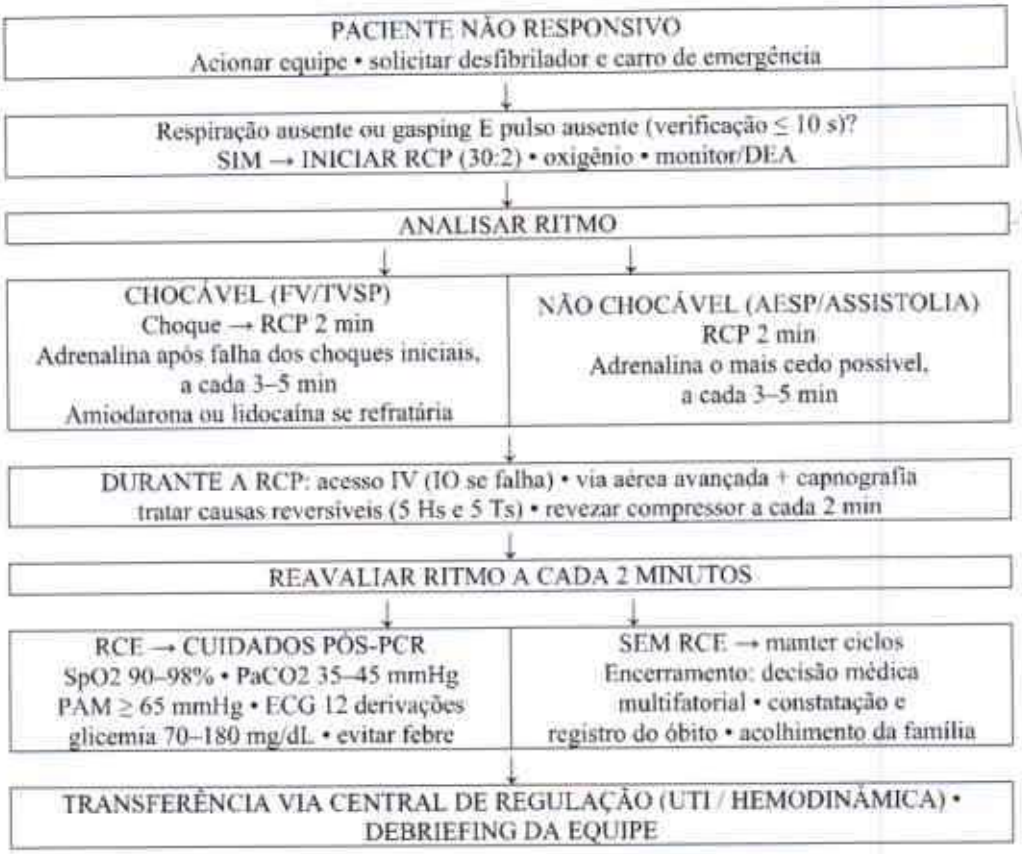
KLEINMAN, M. E. et al. Part 7: adult basic life support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, p. S448-S478, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001369.

WIGGINTON, J. G. et al. Part 9: adult advanced life support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency

Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, p. S538-S577, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001376.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À PCR NO ADULTO NA UPA



ANEXO II – CAUSAS REVERSÍVEIS (5 Hs E 5 Ts)

Causa	Condutas a considerar
Hipovolemia	Reposição volêmica; controle de hemorragia.
Hipóxia	Oxigenação e ventilação adequadas; confirmação da via aérea.
Hidrogênio (acidose)	Ventilação adequada; tratamento da causa; bicarbonato somente em situações específicas.
Hipo/hiperpotassemia	Correção conforme resultado de eletrólitos e avaliação médica.
Hipotermia	Reaquecimento; avaliar transferência para serviço de referência.
Tensão no tórax (pneumotórax hipertensivo)	Descompressão torácica por médico habilitado.
Tamponamento cardíaco	Pericardiocentese por médico habilitado; transferência.
Toxinas (intoxicações)	Antídotos específicos; contato com o CIATox (protocolo 2.25).
Trombose pulmonar	Avaliação médica quanto a fibrinólise, conforme disponibilidade.
Trombose coronariana	Cuidados pós-RCE e transferência para hemodinâmica (protocolo 2.13).

ANEXO III – FORMULÁRIO DE REGISTRO DO ATENDIMENTO À PCR

Item	Registro
Data / local da PCR na unidade	
Horário do reconhecimento / início da RCP	
PCR presenciada? (sim/não)	
Ritmo inicial	
Choques (horário e energia)	
Adrenalina (horários)	
Antiarrítmico (medicamento, dose, horário)	
Via aérea avançada (tipo, horário, confirmação)	
Acesso (IV/IO) e horário	
Causas reversíveis identificadas / tratadas	
Horário do RCE ou do encerramento	
Parâmetros pós-RCE (PA, SpO2, glicemia, ECG)	
Regulação: nº da solicitação e horário de saída	
Líder do atendimento / responsável pelo registro	

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:31:00 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.06 11:53:51 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 as 13:54:18 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXV

Protocolo de Insuficiência Respiratória 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

Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Insuficiência Respiratória Aguda

1701

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a avaliação, a oxigenoterapia com alvos definidos, o suporte ventilatório não invasivo e invasivo, o tratamento inicial das principais causas e o encaminhamento do paciente adulto com insuficiência respiratória aguda atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), de forma a evitar tanto a hipoxemia quanto a hiperóxia e a identificar precocemente a necessidade de via aérea avançada e de terapia intensiva.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio, serviço de radiologia, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos. Crianças e adolescentes deverão ser conduzidos conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF029 – Manejo de urgências pediátricas. O manejo da via aérea avançada segue o protocolo de via aérea e intubação; a anafilaxia; e a insuficiência respiratória associada a sepse, de acordo com o protocolo.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** diagnóstico, definição do alvo de saturação, prescrição de oxigênio, de medicamentos e de suporte ventilatório, indicação de ventilação não invasiva (VNI) e de intubação, interpretação da gasometria e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, monitorização, administração de oxigênio e medicamentos prescritos, vigilância da resposta, cuidados com interfaces e dispositivos, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** aferição de sinais vitais e oximetria, instalação de dispositivos de oxigenoterapia e administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.
- **Fisioterapeuta, quando presente na unidade:** avaliação respiratória, instalação, ajuste e monitorização da VNI e do cateter nasal de alto fluxo e manejo da ventilação mecânica, em conjunto com o médico, conforme as normativas do

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e o protocolo institucional.

- **Farmacêutico:** disponibilidade e conferência dos medicamentos do protocolo, inclusive dispositivos inalatórios.

3. DEFINIÇÃO

- **Insuficiência respiratória aguda:** incapacidade aguda do sistema respiratório de manter a oxigenação e/ou a eliminação de dióxido de carbono adequadas às necessidades metabólicas.
- **Insuficiência respiratória hipoxêmica (tipo 1):** pressão parcial arterial de oxigênio (PaO2) inferior a 60 mmHg em ar ambiente, com pressão parcial arterial de dióxido de carbono (PaCO2) normal ou reduzida.
- **Insuficiência respiratória hipercápnica (tipo 2):** PaCO2 superior a 45 mmHg; quando aguda ou agudizada, acompanha-se de acidose respiratória (pH inferior a 7,35).
- **Alvo de saturação:** faixa de saturação periférica de oxigênio (SpO2) a ser mantida pela titulação do oxigênio, prescrita para cada paciente.
- **Ventilação não invasiva (VNI):** suporte ventilatório com pressão positiva aplicada por interface externa (máscara), sem via aérea artificial, nas modalidades de pressão positiva contínua (CPAP) ou de dois níveis de pressão.
- **Cateter nasal de alto fluxo (CNAF):** dispositivo que fornece oxigênio aquecido e umidificado em alto fluxo, com fração inspirada de oxigênio (FiO2) ajustável.
- **Síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA):** insuficiência respiratória hipoxêmica aguda com opacidades pulmonares bilaterais não explicadas totalmente por insuficiência cardíaca ou sobrecarga volêmica, conforme a definição global de 2023.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com insuficiência respiratória aguda na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → ABCDE E MONITORIZAÇÃO → DEFINIÇÃO DO ALVO DE SATURAÇÃO E OXIGENOTERAPIA → IDENTIFICAÇÃO DA CAUSA E TRATAMENTO ESPECÍFICO → SUPORTE VENTILATÓRIO (VNI/CNAF OU INTUBAÇÃO) → REAVALIAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Deverá ser considerada insuficiência respiratória aguda, com avaliação médica imediata, diante de:

- dispneia de início ou piora recente;
- frequência respiratória elevada, uso de musculatura acessória, tiragens, batimento de asa de nariz, respiração paradoxal ou incapacidade de completar frases;
- SpO2 reduzida em relação ao habitual do paciente;
- cianose, sudorese, alteração do nível de consciência (agitação, confusão, sonolência), que sugerem gravidade;
- bradipneia ou pausas respiratórias em paciente sonolento, que podem indicar hipercapnia ou intoxicação.

4.2 Critérios clínicos

- Identificar pacientes com risco de insuficiência respiratória hipercápnica: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), obesidade grave com hipoventilação, doenças neuromusculares, deformidades da caixa torácica, fibrose cística e bronquiectasias com retenção de CO2 conhecida.
- Investigar as principais causas: exacerbação de DPOC, crise de asma, pneumonia, edema agudo de pulmão cardiogênico, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, derrame pleural volumoso, anafilaxia, obstrução de via aérea superior, intoxicações e depressão do sistema nervoso central.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos, com frequência respiratória contada em 1 minuto, SpO2, pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e nível de consciência.

- Ausculta pulmonar e cardíaca, pesquisa de assimetria de expansibilidade, desvio de traqueia, estase jugular e edema periférico.
- Glicemia capilar.
- Registro do uso prévio de oxigênio domiciliar e da SpO2 habitual, quando conhecida.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Pacientes com desconforto respiratório importante, SpO2 muito reduzida, alteração do nível de consciência, cianose ou incapacidade de falar deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** avaliar permeabilidade, estridor, secreções e corpo estranho; realizar manobras de abertura e aspiração quando necessário; obstrução grave ou incapacidade de proteção da via aérea exigem conduta imediata conforme o protocolo 2.18.
- **B – Respiração:** frequência respiratória, padrão ventilatório, esforço, ausculta e SpO2; identificar e tratar imediatamente o pneumotórax hipertensivo.
- **C – Circulação:** frequência cardíaca, pressão arterial, perfusão, acesso venoso e monitorização cardíaca.
- **D – Neurológico:** nível de consciência, com atenção à sonolência progressiva, sinal de hipercapnia ou de fadiga ventilatória.
- **E – Exposição:** pesquisa de edema, sinais de trombose venosa, lesões cutâneas e controle da temperatura.

4.6 Exames complementares

- **Gasometria arterial**, conforme disponibilidade, em pacientes com desconforto moderado a grave, com risco de hipercapnia, com sonolência ou em uso de VNI; repetir após mudanças terapêuticas relevantes. A gasometria venosa pode auxiliar

na avaliação de pH e de CO2, mas não substitui a arterial para avaliação da oxigenação.

- **Radiografia de tórax**, conforme disponibilidade, sem retardar intervenções de suporte.
- **Eletrocardiograma (ECG)** de 12 derivações.
- **Exames laboratoriais conforme a suspeita:** hemograma, eletrólitos, função renal, troponina e peptideo natriurético, conforme disponibilidade.
- **Ultrassonografia pulmonar à beira do leito**, quando disponivel e realizada por profissional capacitado.

4.7 Monitorização

- Oximetria de pulso contínua e monitorização cardíaca.
- Frequência respiratória e esforço respiratório reavaliados com frequência definida pela gravidade.
- Nível de consciência seriado, especialmente em pacientes com risco de hipercapnia.
- Em VNI: tolerância, vazamentos, sincronia, volume corrente e frequência respiratória, com gasometria de controle conforme prescrição.
- A oximetria pode ser menos acurada em pacientes com pele mais escura, má perfusão ou intoxicação por monóxido de carbono; em caso de dúvida, correlacionar com a clínica e a gasometria.

4.8 Condutas iniciais

Oxigenoterapia com alvo definido

O oxigênio é medicamento e deverá ser prescrito com alvo de SpO2, conforme a diretriz da British Thoracic Society (BTS):

Situação	Alvo de SpO2
Maioria dos pacientes agudamente enfermos	94% a 98%
Risco de insuficiência respiratória hipercápnica (DPOC e demais condições do item 4.2), até resultado da gasometria	88% a 92%

Situação	Alvo de SpO2
Pacientes críticos (choque, parada cardiorrespiratória, anafilaxia grave)	Oxigênio em alta concentração inicialmente (máscara com reservatório), com titulação posterior ao alvo

Oxigênio suplementar não é indicado de rotina em pacientes não hipoxêmicos. Revisão sistemática (IOTA, 2018) associou oxigenoterapia liberal a maior mortalidade em adultos agudamente enfermos. Na síndrome coronariana aguda e no acidente vascular cerebral, seguir os alvos dos protocolos SINOP.PROT.ENF013 e SINOP.PROT.ENF014.

Dispositivo	Fluxo e concentração aproximada (BTS)	Uso preferencial
Cateter nasal	1 a 6 L/min (FiO2 aproximada de 24% a 50%)	Hipoxemia leve a moderada
Máscara simples	5 a 10 L/min (FiO2 aproximada de 40% a 60%)	Hipoxemia moderada, sem risco de hipercapnia
Máscara com reservatório	15 L/min (FiO2 aproximada de 60% a 90%)	Hipoxemia grave e pacientes críticos
Máscara de Venturi	24% a 60%, conforme a válvula e o fluxo indicado pelo fabricante	Pacientes com risco de hipercapnia (24% a 28% inicialmente)

Os valores de concentração são aproximados e dependem do padrão ventilatório do paciente.

4.9 Tratamento

a) Suporte ventilatório não invasivo

- **VNI na DPOC com insuficiência respiratória hipercápnica aguda ou agudizada** (pH igual ou inferior a 7,35 com PaCO2 superior a 45 mmHg), após tratamento clínico inicial e oxigênio controlado: recomendada (ERS/ATS 2017; GOLD 2026), com início precoce.
- **VNI (CPAP ou dois níveis de pressão) no edema agudo de pulmão cardiogênico**: recomendada (ERS/ATS 2017).

- **Insuficiência respiratória hipoxêmica de outras causas:** a diretriz da European Respiratory Society (ERS 2022) sugere CNAF em preferência ao oxigênio convencional e à VNI, conforme disponibilidade do dispositivo na unidade.
- **Na DPOC hipercápnica**, a ERS 2022 sugere tentar a VNI antes do CNAF.
- Os parâmetros iniciais de VNI e de CNAF e sua titulação deverão seguir o protocolo institucional, definido com a equipe médica e de fisioterapia.

Contraindicações à VNI (avaliar indicação de intubação): parada cardiorrespiratória ou respiratória, incapacidade de proteger a via aérea ou de eliminar secreções, rebaixamento do nível de consciência não relacionado à hipercapnia, instabilidade hemodinâmica grave, vômitos incoercíveis ou hemorragia digestiva alta, trauma ou cirurgia facial que impeça o uso da interface, obstrução de via aérea superior e pneumotórax não drenado.

Critérios de falha da VNI (indicação de intubação): ausência de melhora ou piora do pH, da PaCO2, da frequência respiratória, do esforço respiratório ou do nível de consciência após 1 a 2 horas, intolerância à interface, instabilidade hemodinâmica ou arritmias graves. A intubação não deverá ser retardada quando houver falha.

b) Ventilação mecânica invasiva

Indicada em parada respiratória, rebaixamento do nível de consciência com incapacidade de proteção da via aérea, falha ou contraindicação à VNI, hipoxemia refratária, fadiga ventilatória ou instabilidade hemodinâmica grave. A intubação seguirá o protocolo 2.18. Após a intubação: volume corrente de 6 mL/kg de peso predito, com pressão de platô igual ou inferior a 30 cmH2O quando mensurável, pressão positiva ao final da expiração (PEEP) e FiO2 ajustadas para SpO2 no alvo; na DPOC e na asma, frequência respiratória e tempo expiratório ajustados para evitar hiperinsuflação.

c) Tratamento dirigido à causa

- **Exacerbação de DPOC:** broncodilatadores de curta ação, corticosteroide sistêmico e antimicrobiano quando houver sinais de infecção bacteriana, conforme o GOLD 2026, com oxigênio controlado.

- **Crise de asma:** broncodilatador de curta ação repetido, brometo de ipratrópio nas crises graves, corticosteroide sistêmico precoce e sulfato de magnésio intravenoso nas crises graves que não respondem ao tratamento inicial, conforme a GINA.
- **Edema agudo de pulmão cardiogênico:** posição sentada, VNI, nitrato quando a pressão arterial permitir e diurético, conforme prescrição médica; avaliar síndrome coronariana aguda e emergência hipertensiva, de acordo com o protocolos
- **Pneumonia:** antimicrobiano conforme guia institucional; avaliar sepse de acordo com o protocolo.
- **Pneumotórax hipertensivo:** descompressão imediata por médico habilitado e drenagem torácica, conforme disponibilidade, ou transferência.
- **Suspeita de tromboembolismo pulmonar:** avaliação médica, estratificação de risco e transferência; anticoagulação ou fibrinólise conforme decisão médica e estrutura disponível.
- **Depressão respiratória por opioide:** naloxona.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Dose de referência (adulto)	Observações
Salbutamol (aerossol dosimetrado com espaçador)	4 a 10 jatos (100 mcg/jato) a cada 20 minutos na primeira hora, na crise de asma (GINA).	Alternativa: nebulização, conforme padronização. Na DPOC, doses conforme prescrição.
Brometo de ipratrópio	Conforme padronização institucional.	Associado ao beta-2 agonista nas crises graves de asma e nas exacerbações de DPOC.
Corticosteroide sistêmico	DPOC: prednisona 40 mg/dia por 5 dias (GOLD). Asma: prednisolona 40 a 50 mg/dia, em geral por 5 a 7 dias (GINA).	Via intravenosa quando a via oral não for possível, em dose equivalente.
Sulfato de magnésio	2 g IV em 20 minutos (GINA).	Crise grave de asma sem resposta ao tratamento inicial.

As doses deverão ser conferidas com a versão vigente dos documentos GOLD e GINA e com a padronização de medicamentos da unidade.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Instalação e titulação da oxigenoterapia conforme o alvo prescrito.

- Administração de broncodilatadores por aerossol dosimetrado com espaçador ou nebulização.
- Instalação e monitorização da VNI e do CNAF, quando disponíveis.
- Aspiração de vias aéreas.
- Coleta de gasometria arterial por profissional habilitado.
- Descompressão torácica e drenagem pleural por médico habilitado.
- Manejo de via aérea avançada e ventilação mecânica conforme o protocolo 2.18.

4.12 Critérios de gravidade

- Incapacidade de falar, exaustão ou respiração paradoxal.
- Rebaixamento do nível de consciência, agitação ou confusão.
- SpO2 abaixo do alvo apesar de oxigênio em alta concentração.
- pH inferior a 7,35 com PaCO2 elevada, especialmente com piora progressiva.
- Frequência respiratória muito elevada ou bradipneia.
- Instabilidade hemodinâmica, arritmias ou cianose.
- Tórax silencioso na crise de asma.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, SpO2 dentro do alvo com o suporte instituído, redução do esforço respiratório, ausência de piora da acidose respiratória na gasometria de controle, estabilidade hemodinâmica e nível de consciência adequado ou via aérea assegurada.

4.14 Critérios para observação

Poderão permanecer em observação, com reavaliação seriada, pacientes com resposta satisfatória ao tratamento inicial, SpO2 no alvo com oxigênio de baixo fluxo ou em ar ambiente e sem sinais de gravidade. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação:

- pacientes em VNI, CNAF ou ventilação mecânica;
- pacientes com necessidade persistente de oxigênio acima do habitual;
- pacientes com resposta insuficiente ao tratamento inicial;
- pacientes com causa que exija investigação ou tratamento hospitalar (pneumonia com critérios de gravidade, tromboembolismo pulmonar, pneumotórax, edema agudo de pulmão).

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Pacientes em ventilação mecânica, em VNI com risco de falha, com hipoxemia refratária ou instabilidade hemodinâmica deverão ser encaminhados para unidade de terapia intensiva. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com ventilador de transporte, oxigênio suficiente para o trajeto e monitorização contínua, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, quando houver resolução do desconforto respiratório, SpO2 no alvo em ar ambiente ou com o oxigênio domiciliar habitual, estabilidade sustentada após o último tratamento, causa identificada e tratável ambulatorialmente, capacidade de uso correto dos dispositivos inalatórios prescritos e acesso a seguimento na Atenção Primária à Saúde, com orientação por escrito sobre sinais de alarme.

4.18 Registro em prontuário

- horário de chegada e da classificação de risco;
- sinais vitais, SpO2 e alvo de saturação prescrito;
- dispositivo de oxigênio, fluxo ou FiO2 e alterações realizadas;

- resultados de gasometria com horário e condição de coleta (ar ambiente, oxigênio, VNI);
- modalidade e parâmetros de VNI, CNAF ou ventilação mecânica;
- medicamentos administrados, doses, vias e horários;
- resposta ao tratamento e reavaliações;
- contato com a central de regulação, número da solicitação e horário de saída;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- O alvo de saturação deverá constar da prescrição e ser comunicado a toda a equipe.
- Piora do esforço respiratório, queda da SpO2 abaixo do alvo ou alteração do nível de consciência deverão ser comunicadas imediatamente ao médico.
- Passagem de caso entre turnos e na transferência com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), incluindo o suporte ventilatório e a última gasometria.

4.20 Segurança do paciente

- Oxigênio é medicamento: prescrição com alvo, dispositivo e fluxo.
- Verificação do funcionamento das fontes de oxigênio, fluxômetros e cilindros, com carga suficiente para o transporte.
- Proibição de fontes de ignição próximas ao oxigênio.
- Prevenção de lesão por pressão relacionada às interfaces de VNI.
- Posicionamento do paciente com cabeceira elevada, salvo contraindicação.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

- **BTS** – British Thoracic Society
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CNAF** – Cateter nasal de alto fluxo
- **CO2** – Dióxido de carbono
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **COFFITO** – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- **CPAP** – Pressão positiva contínua nas vias aéreas
- **DPOC** – Doença pulmonar obstrutiva crônica
- **EAP** – Edema agudo de pulmão
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **ERS** – European Respiratory Society
- **ERS/ATS** – European Respiratory Society/American Thoracic Society
- **FiO2** – Fração inspirada de oxigênio
- **GINA** – Global Initiative for Asthma
- **GOLD** – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease
- **IOTA** – Improving Oxygen Therapy in Acute illness (revisão sistemática)
- **IV** – Intravenoso
- **PaCO2** – Pressão parcial arterial de dióxido de carbono
- **PaO2** – Pressão parcial arterial de oxigênio
- **PEEP** – Pressão positiva ao final da expiração
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **RX** – Radiografia
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SDRA** – Síndrome do desconforto respiratório agudo
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

- **UTI** – Unidade de terapia intensiva
- **VNI** – Ventilação não invasiva

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CHU, D. K. et al. Mortality and morbidity in acutely ill adults treated with liberal versus conservative oxygen therapy (IOTA): a systematic review and meta-analysis. The Lancet, v. 391, n. 10131, p. 1693-1705, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [s.l.]: GINA, 2025.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD: 2026 Report. Version 1.3. [s.l.]: GOLD, 8 dez. 2025.

MATTHAY, M. A. et al. A new global definition of acute respiratory distress syndrome. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 209, n. 1, p. 37-47, 2024. DOI: 10.1164/rccm.202303-0558WS.

OCZKOWSKI, S. et al. ERS clinical practice guidelines: high-flow nasal cannula in acute respiratory failure. European Respiratory Journal, v. 59, n. 4, 2101574, 2022. DOI: 10.1183/13993003.01574-2021.

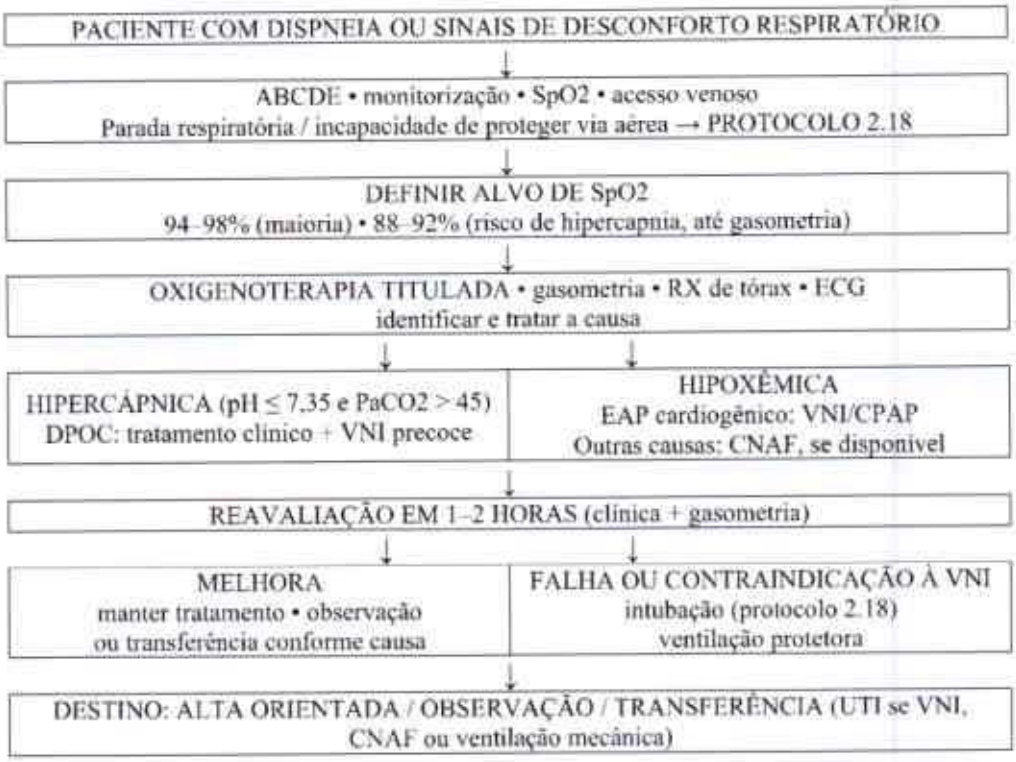
O'DRISCOLL, B. R. et al. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. Thorax, v. 72, supl. 1, p. ii1-ii90, 2017.

QADIR, N. et al. An update on management of adult patients with acute respiratory distress syndrome: an official American Thoracic Society clinical practice guideline. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 209, n. 1, p. 24-36, 2024. DOI: 10.1164/rccm.202311-2011ST.

ROCHWERG, B. et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. European Respiratory Journal, v. 50, n. 2, 1602426, 2017. DOI: 10.1183/13993003.02426-2016.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA NA UPA



8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:31:44 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 17:14:27 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:55:54 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

1718

ANEXO XXVI

Protocolo de Manejo de Via Aérea e Intubação

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Via Aérea e Intubação

1720

1. OBJETIVO

Padronizar a avaliação, o preparo, a pré-oxigenação, a sequência rápida de intubação, o manejo da via aérea difícil prevista e não prevista, a confirmação do posicionamento do tubo e os cuidados pós-intubação no paciente adulto atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com o objetivo de maximizar o sucesso na primeira tentativa, manter a oxigenação contínua e prevenir a deterioração fisiológica durante o procedimento.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à sala de emergência e aos demais setores da UPA Dra Anete Maria Mota Maria em que haja necessidade de manejo da via aérea, bem como ao preparo para transporte do paciente intubado.

Aplica-se a pacientes adultos. A via aérea pediátrica deverá seguir o protocolo SINOP-PROT.ENF029 – Manejo de urgências pediátricas. A via aérea na parada cardiorrespiratória segue também o protocolo SINOP-PROT.ENF016, e no trauma, o protocolo SINOP-PROT.ENF019.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação da via aérea, indicação e condução da intubação traqueal, atividade privativa do médico nos termos da Lei nº 12.842/2013; prescrição dos medicamentos; decisão sobre dispositivos de resgate e via aérea cirúrgica; liderança da equipe.
- **Enfermeiro:** preparo do material e dos medicamentos, checklist, monitorização, administração dos medicamentos prescritos, auxílio à intubação, verificação da pressão do balonete e cuidados pós-intubação; utilização de dispositivos extraglóticos exclusivamente em situação de iminente risco de morte, conforme a Resolução COFEN nº 641/2020 e a capacitação institucional.
- **Técnico de enfermagem:** preparo e checagem de material, aspiração, monitorização, administração de medicamentos prescritos sob supervisão, fixação do tubo e registro.
- **Fisioterapeuta, quando presente:** apoio à pré-oxigenação e à ventilação com bolsa-válvula-máscara ou ventilação não invasiva (VNI), ajuste da ventilação

mecânica e cuidados com a via aérea artificial, conforme as normativas do COFFITO e o protocolo institucional.

- **Farmacêutico:** padronização e disponibilidade dos medicamentos de sequência rápida, incluindo antídotos e medicamentos de suporte hemodinâmico.

3. DEFINIÇÃO

- **Sequência rápida de intubação (SRI):** técnica de intubação traqueal com administração praticamente simultânea de agente indutor e bloqueador neuromuscular, precedida de pré-oxigenação, destinada a reduzir o tempo entre a perda dos reflexos protetores e a proteção da via aérea.
- **Via aérea difícil:** situação em que profissional treinado encontra dificuldade prevista ou não prevista na ventilação com máscara facial, na laringoscopia, na intubação traqueal, na inserção de dispositivo supraglótico ou no acesso cirúrgico.
- **Via aérea fisiologicamente difícil:** paciente com alterações fisiológicas que aumentam o risco de deterioração durante e após a intubação, como hipoxemia, hipotensão ou choque, acidose metabólica grave e insuficiência ventricular direita.
- **Pré-oxigenação:** administração de oxigênio a 100% antes da indução para aumentar a reserva de oxigênio e prolongar o tempo de apneia segura.
- **Oxigenação apneica:** oferta continua de oxigênio por cateter nasal durante a apneia da laringoscopia.
- **Dispositivo supraglótico (extraglótico):** dispositivo posicionado acima da glote (como a máscara laringea) utilizado para ventilação de resgate.
- **Situação "não intubo, não oxigeno" (NINO):** falha simultânea da intubação, do dispositivo supraglótico e da ventilação com máscara facial, com hipoxemia progressiva, que exige acesso cirúrgico de emergência à via aérea.
- **Capnografia em forma de onda:** registro gráfico continuo do dióxido de carbono expirado (ETCO2), padrão para confirmação da intubação traqueal.

4. DIRETRIZES

O manejo da via aérea na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

INDICAÇÃO → AVALIAÇÃO ANATÔMICA E FISIOLÓGICA → PLANEJAMENTO (PLANOS A, B, C E D) E CHECKLIST → PREPARO DE EQUIPE, MATERIAL E MEDICAMENTOS → OTIMIZAÇÃO FISIOLÓGICA E PRÉ-OXIGENAÇÃO → INDUÇÃO E INTUBAÇÃO → CONFIRMAÇÃO POR CAPNOGRAFIA → CUIDADOS PÓS-INTUBAÇÃO → TRANSFERÊNCIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

São indicações de via aérea avançada, a critério médico:

- incapacidade de manter ou proteger a via aérea (rebaixamento do nível de consciência, ausência de reflexos protetores, risco elevado de broncoaspiração);
- insuficiência respiratória com falha ou contraindicação à ventilação não invasiva (protocolo SINOP-PROT.ENF017);
- hipoxemia refratária ou fadiga ventilatória;
- obstrução de via aérea com risco de progressão (queimadura de via aérea, angioedema, trauma cervical ou facial);
- necessidade de proteção da via aérea para transporte de paciente instável ou com evolução clínica prevista desfavorável;
- parada cardiorrespiratória, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF016.

4.2 Critérios clínicos

Antes do procedimento, deverão ser avaliados e registrados:

- **Preditores de via aérea anatomicamente difícil:** abertura de boca limitada, distância tireomentoniana curta, Mallampati elevado, mobilidade cervical reduzida, obesidade, barba, alterações faciais, apneia obstrutiva do sono, sangue ou secreções na via aérea. Recomenda-se o escore MACOCHA (Anexo II), validado para pacientes críticos.
- **Preditores de dificuldade de ventilação com máscara e de inserção de dispositivo supraglótico.**

- **Fatores de via aérea fisiologicamente difícil:** hipoxemia, hipotensão ou choque, acidose metabólica grave, insuficiência ventricular direita e estômago cheio.
- **Histórico:** intubação difícil prévia, alergias, uso de anticoagulantes, condições que contraindiquem a succinilcolina.

Diante de via aérea difícil prevista, deverá ser considerado o apoio do profissional mais experiente disponível e a antecipação dos dispositivos de resgate, e, quando a condição clínica permitir, a transferência para serviço com recursos adequados antes da intubação.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais, saturação periférica de oxigênio (SpO2), nível de consciência e perfusão.
- Acesso venoso periférico calibroso funcionante (preferencialmente dois).
- Avaliação da volemia e da necessidade de fluidos ou vasopressor antes da indução.
- Peso estimado para cálculo das doses.

4.4 Classificação de risco

Pacientes com indicação de via aérea avançada têm prioridade máxima e deverão ser atendidos na sala de emergência, conforme o sistema de classificação adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade, secreções, corpo estranho, sangue; aspiração disponível e testada; manobras de abertura e cânula orofaríngea quando indicadas.
- **B – Respiração:** SpO2, frequência e esforço respiratório; oxigenação antes de qualquer tentativa.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão; otimização hemodinâmica antes da indução.
- **D – Neurológico:** Escala de Coma de Glasgow e pupilas, registradas antes da sedação.

- **E – Exposição:** pesquisa de trauma cervical (manter restrição de movimento da coluna quando indicado) e controle da temperatura.

4.6 Exames complementares

- Gasometria, eletrólitos (especialmente potássio, na decisão sobre succinilcolina) e glicemia, conforme disponibilidade, sem atrasar a intubação indicada.
- Radiografia de tórax após a intubação para avaliação da posição do tubo e de complicações, conforme disponibilidade; não substitui a capnografia para confirmação da intubação traqueal.
- Ultrassonografia, quando disponível e realizada por profissional capacitado, pode auxiliar na identificação da membrana cricotireóidea e na confirmação do posicionamento do tubo.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso, pressão arterial não invasiva com ciclagem frequente durante o procedimento e capnografia em forma de onda.
- A capnografia em forma de onda é indispensável para a confirmação da intubação traqueal e deverá estar disponível em toda.

4.8 Condutas iniciais

Preparo

- Aplicar o checklist de intubação (Anexo III) em voz alta.
- Definir as funções da equipe: operador, assistente da via aérea, responsável pelos medicamentos, responsável pela monitorização e registro.
- Verbalizar o plano: Plano A (intubação traqueal), Plano B (dispositivo supraglótico), Plano C (ventilação com máscara facial) e Plano D (acesso cirúrgico de emergência à via aérea), conforme a Difficult Airway Society (DAS) 2025.
- Testar laringoscópio ou videolaringoscópio, lâminas, aspirador, fonte de oxigênio, bolsa-válvula-máscara, tubos de tamanhos adequados com balonete testado, fio-

guia e bougie, dispositivos supraglóticos, material para cricotireoidostomia e capnógrafo.

- Preparar e rotular os medicamentos de indução, bloqueio neuromuscular, sedação pós-intubação e vasopressor.

Posicionamento e pré-oxigenação

- Posicionar com cabeceira elevada e alinhamento da orelha com o esterno (rampa em pacientes obesos), salvo restrição de coluna.
- Pré-oxigenar por pelo menos 3 minutos com oxigênio a 100%, com máscara com reservatório, bolsa-válvula-máscara com válvula de pressão positiva expiratória bem acoplada ou VNI.
- Em pacientes hipoxêmicos, considerar pré-oxigenação com VNI, conforme disponibilidade.
- Manter oxigenação apneica por cateter nasal durante a laringoscopia.
- Ventilação suave com bolsa-válvula-máscara durante a apneia pode ser utilizada em pacientes com risco de dessaturação, conforme avaliação médica.

Otimização fisiológica

- Tratar hipotensão antes da indução com fluidos e/ou vasopressor, conforme avaliação médica, mantendo vasopressor preparado para uso imediato.
- Reduzir a dose do indutor em pacientes instáveis e escolher agentes com menor efeito hipotensor.
- Em acidose metabólica grave, evitar apneia prolongada e ajustar a ventilação pós-intubação para compensação respiratória.
- Descomprimir o estômago quando houver distensão gástrica, conforme indicação.

4.9 Tratamento

Plano A – Intubação traqueal

- Utilizar preferencialmente videolaringoscópio, quando disponível e com operador treinado, considerando seu papel na melhora da visualização e do sucesso na primeira tentativa.

- Utilizar bougie ou fio-guia rotineiramente, conforme preferência do operador e protocolo institucional.
- Limitar o número de tentativas de laringoscopia, otimizando posição, dispositivo e manobras entre elas; a DAS 2015 estabelecia no máximo 3 tentativas, com uma quarta por profissional mais experiente.
- Interromper a tentativa e reoxigenar se a SpO2 cair de forma significativa.
- Declarar a falha do Plano A em voz alta e prosseguir para o Plano B.

Plano B – Dispositivo supraglótico

Inserir dispositivo supraglótico de segunda geração, com canal gástrico, e oxigenar. Se houver oxigenação adequada, parar e pensar: acordar o paciente, se possível; intubar pelo dispositivo, se houver recurso; ou prosseguir com o dispositivo até a chegada de suporte ou a transferência, conforme a condição clínica.

Plano C – Ventilação com máscara facial

Se o dispositivo supraglótico falhar, ventilar com máscara facial com técnica a duas mãos e cânula orofaríngea. Se houver oxigenação, considerar o despertar do paciente ou o acesso cirúrgico eletivo, conforme a situação.

Plano D – Acesso cirúrgico de emergência (situação NINO)

Declarar a situação "não intubo, não oxigeno", garantir bloqueio neuromuscular completo e realizar cricotireoidostomia cirúrgica pela técnica bisturi–bougie–tubo, por médico, com oxigenação contínua pela via superior. A unidade deverá dispor de kit padronizado para o procedimento e a equipe deverá ser treinada periodicamente.

Confirmação da intubação

Confirmar a intubação traqueal por capnografia em forma de onda com traçado sustentado, associada à visualização da passagem do tubo, à expansibilidade torácica bilateral e à ausculta. A ausência de traçado de capnografia indica tubo fora da traqueia até prova em contrário, devendo o tubo ser removido e a oxigenação restabelecida, salvo em parada cardiorrespiratória com fluxo muito reduzido, situação em que a interpretação cabe ao médico.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Dose de referência IV	Observações
Cetamina	1 a 2 mg/kg	Preservação relativa da pressão arterial; útil em instabilidade hemodinâmica e broncoespasmo.
Etomidato	0,3 mg/kg	Estabilidade hemodinâmica; supressão adrenal transitória.
Propofol	1 a 2 mg/kg (reduzir em idosos e instáveis)	Hipotensão frequente; evitar ou reduzir a dose em choque.
Fentanil (adjuvante opcional)	1 a 3 mcg/kg	Atenuação da resposta simpática; cautela em hipotensão.
Succinilcolina	1 a 1,5 mg/kg	Contraindicada em hiperpotassemia, antecedente de hipertermia maligna, doenças neuromusculares, grandes queimados ou lesões por esmagamento após as primeiras 24 a 72 horas e imobilização prolongada.
Rocurônio	1 a 1,2 mg/kg	Alternativa à succinilcolina; duração prolongada; a reversão com sugamadex depende de disponibilidade.

A escolha do indutor e do bloqueador neuromuscular é médica e deverá considerar o estado hemodinâmico e as contraindicações. As doses deverão ser conferidas com as diretrizes da Society of Critical Care Medicine (SCCM) 2023, com a bula dos produtos e com a padronização da unidade. A analgesia e a sedação pós-intubação, com fármacos e doses padronizados pela instituição, deverão ser iniciadas precocemente, em especial após bloqueador de longa duração, para evitar consciência sob paralisia.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Aspiração de vias aéreas.
- Ventilação com bolsa-válvula-máscara com cânula orofaríngea ou nasofaríngea.
- Laringoscopia direta ou videolaringoscopia e intubação traqueal (médico).
- Inserção de dispositivo supraglótico (médico; enfermeiro em iminente risco de morte, conforme a Resolução COFEN nº 641/2020).
- Cricotireoidostomia cirúrgica (médico).
- Insuflação do balonete e verificação da pressão com cufômetro (20 a 30 cmH2O).

- Fixação do tubo e registro da marca na rima labial.
- Sondagem gástrica, quando indicada.

4.12 Critérios de gravidade

- Via aérea difícil prevista associada a via aérea fisiologicamente difícil.
- Dessaturação durante a laringoscopia.
- Hipotensão ou bradicardia peri-intubação.
- Múltiplas tentativas ou necessidade de dispositivo de resgate.
- Situação NINO.
- Parada cardiorrespiratória peri-intubação.

4.13 Critérios de estabilização

Após a intubação, considera-se o paciente estabilizado quando houver capnografia com traçado sustentado, SpO2 no alvo (em geral 92% a 98%, individualizado conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017), pressão arterial adequada com ou sem vasopressor, ventilação mecânica ajustada, sedoanalgesia instituída e tubo fixado.

Cuidados pós-intubação

- Ventilação mecânica protetora: volume corrente de 6 a 8 mL/kg de peso predito, com ajuste de frequência respiratória, pressão positiva ao final da expiração (PEEP) e fração inspirada de oxigênio (FiO2) conforme a gasometria e a condição clínica.
- Reavaliação hemodinâmica frequente nos primeiros minutos após a intubação.
- Cabeceira elevada entre 30° e 45°, salvo contraindicação.
- Radiografia de tórax, quando disponível.
- Reavaliação da causa que motivou a intubação.

4.14 Critérios para observação

Não se aplica ao paciente intubado, que deverá permanecer na sala de emergência, em ventilação mecânica e com monitorização contínua, até a transferência.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Todo paciente intubado deverá ser transferido, via central de regulação, para unidade de terapia intensiva ou serviço de referência.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Pacientes com via aérea difícil prevista e condição clínica que permita, pacientes com via aérea cirúrgica de emergência e todos os pacientes intubados deverão ser encaminhados a serviço com terapia intensiva e, quando indicado, com anestesiologia, otorrinolaringologia ou cirurgia. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com ventilador de transporte, capnografia, oxigênio suficiente para o trajeto, sedoanalgesia continua e material de via aérea de resgate, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Não se aplica.

4.18 Registro em prontuário

- indicação da intubação e avaliação da via aérea (escore MACOCHA);
- método de pré-oxigenação e SpO2 antes da indução;
- medicamentos, doses e horários;
- dispositivo utilizado, número de tentativas, visualização da glote, uso de bougie e dispositivos de resgate;
- tamanho do tubo, marca na rima labial e pressão do balonete;
- método de confirmação, com valor e traçado de ETCO2;
- complicações (dessaturação, hipotensão, broncoaspiração, parada);
- parâmetros ventilatórios e sedoanalgesia instituídos;
- registro de via aérea difícil, quando ocorrer, com comunicação ao paciente ou responsável e ao serviço de destino;

- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Briefing antes do procedimento com leitura do checklist e dos planos A a D.
- Comunicação em alça fechada durante o procedimento e anúncio em voz alta da SpO2 quando houver queda.
- Declaração explícita da falha de cada plano e da situação NINO.
- Debriefing após intubações difíceis ou com complicações.
- Passagem de caso ao serviço de destino com informação sobre dificuldade da via aérea, dispositivos utilizados e intercorrências.

4.20 Segurança do paciente

- Uso obrigatório de checklist.
- Carro de via aérea difícil padronizado, conferido e lacrado, com registro de checagem.
- Bloqueadores neuromusculares são medicamentos de alta vigilância: armazenamento segregado, rotulagem destacada e dupla checagem.
- Prevenção de extubação acidental durante mobilização e transporte.
- Treinamento periódico da equipe com simulação, inclusive do Plano D.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **COFFITO** – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

- **DAS** – Difficult Airway Society
- **ETCO2** – Dióxido de carbono ao final da expiração
- **FiO2** – Fração inspirada de oxigênio
- **IV** – Intravenoso
- **MACOCHA** – Mallampati, Apneia obstrutiva, Coluna cervical, abertura de boCa, Coma, Hipoxemia, Anestesiologista não presente (escore de risco de intubação difícil)
- **NINO** – Não intubo, não oxigeno
- **PEEP** – Pressão positiva ao final da expiração
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SCCM** – Society of Critical Care Medicine
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **SRI** – Sequência rápida de intubação
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva
- **VD** – Ventrículo direito
- **VNI** – Ventilação não invasiva

6. REFERÊNCIA

ACQUISTO, N. M. et al. Society of Critical Care Medicine clinical practice guidelines for rapid sequence intubation in the critically ill adult patient. Critical Care Medicine, v. 51, n. 10, p. 1411-1430, 2023.

AHMAD, I. et al. Difficult Airway Society 2025 guidelines for management of unanticipated difficult tracheal intubation in adults. British Journal of Anaesthesia, v. 136, n. 1, p. 283-307, 2026. DOI: 10.1016/j.bja.2025.10.006.

APFELBAUM, J. L. et al. 2022 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for management of the difficult airway. Anesthesiology, v. 136, n. 1, p. 31-81, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 641, de 2 de junho de 2020. Utilização de Dispositivos Extraglóticos (DEG) e outros procedimentos para acesso à via aérea, por Enfermeiros, nas situações de urgência e emergência, nos ambientes intra e pré-hospitalares. Brasília: COFEN, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

DE JONG, A. et al. Early identification of patients at risk for difficult intubation in the intensive care unit: development and validation of the MACOCHA score in a multicenter cohort study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 187, n. 8, p. 832-839, 2013.

FRERK, C. et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. British Journal of Anaesthesia, v. 115, n. 6, p. 827-848, 2015.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE MANEJO DA VIA AÉREA NA UPA

INDICAÇÃO DE VIA AÉREA AVANÇADA

↓

AVALIAÇÃO: anatomia (MACOCHA) + fisiologia (hipoxemia, choque, acidose, VD)
Chamar ajuda precoce se via aérea difícil prevista

↓

CHECKLIST • funções da equipe • planos A–D verbalizados
material, medicamentos e vasopressor preparados

↓

OTIMIZAÇÃO: posicionamento • pré-oxigenação ≥ 3 min (VNI se hipoxêmico)
oxigenação apneica • correção da hipotensão

↓

INDUÇÃO + BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

↓

PLANO A: INTUBAÇÃO (videolaringoscópio + bougie) • tentativas limitadas
sucesso → CONFIRMAR POR CAPNOGRAFIA

↓

FALHA → PLANO B: DISPOSITIVO SUPRAGLÓTICO 2ª GERAÇÃO
oxigena? → PARAR E PENSAR (acordar / intubar pelo dispositivo / manter)

↓

FALHA → PLANO C: MÁSCARA FACIAL (2 mãos + cânula)
oxigena? → acordar ou acesso cirúrgico eletivo

↓

FALHA (NINO) → PLANO D: CRICOTIREOIDOSTOMIA BISTURI–BOUGIE–TUBO

↓

PÓS-INTUBAÇÃO: fixação • cufômetro • ventilação protetora • sedoanalgesia
reavaliação hemodinâmica • transferência (UTI)

ANEXO II – ESCORE MACOCHA (DE JONG et al., 2013)

Fator	Pontos
Mallampati III ou IV	5
Apneia obstrutiva do sono	2
Redução da mobilidade da coluna cervical	1
Abertura de boca inferior a 3 cm	1
Coma	1
Hipoxemia grave (SpO2 inferior a 80%)	1
Operador não anestesiologista	1
Interpretação: pontuação total de 0 a 12; pontuação igual ou superior a 3 indica maior risco de intubação difícil.	

ANEXO III – CHECKLIST DE INTUBAÇÃO NA UPA

Item	Verificado
Indicação confirmada e comunicada à equipe	
Funções da equipe definidas	
Avaliação da via aérea (MACOCHA) e plano A–D verbalizados	
Monitor, oximetria, pressão arterial com ciclagem frequente e capnógrafo funcionando	
Acesso venoso funcionante (preferencialmente dois)	
Aspirador funcionando e sonda rígida conectada	
Bolsa-válvula-máscara com oxigênio e válvula de PEEP	
Laringoscópio/videolaringoscópio testado, lâminas, bougie e fio-guia	
Tubos (tamanho escolhido e um menor) com balonete testado; seringa	
Dispositivo supraglótico de 2ª geração do tamanho adequado	
Kit de cricotireoidostomia disponível	
Medicamentos de indução e bloqueio preparados, rotulados e com doses conferidas	
Vasopressor preparado; fluidos disponíveis	
Sedoanalgesia pós-intubação preparada	
Pré-oxigenação iniciada e oxigenação apneica instalada	
Paciente posicionado	
Alergias e contraindicações (inclusive à succinilcolina) verificadas	
Ventilador programado para uso após a intubação	

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:32:28 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.07 15:29:49 -04'00'	Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:58:22 (UTC-3) birdID



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXVII

Protocolo de Crise Convulsiva e Estado de Mal Epiléptico

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Crise Convulsiva e Estado de Mal Epilético

1741

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a estabilização, o tratamento farmacológico escalonado por tempo, a investigação das causas e o encaminhamento do paciente adulto com crise convulsiva ou estado de mal epiléptico atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com o propósito de interromper a atividade epiléptica o mais precocemente possível e prevenir lesão neurológica e complicações sistêmicas.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção, classificação de risco, sala de emergência, sala de observação, farmácia, laboratório de apoio e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos. Crianças deverão seguir o protocolo SINOP-PROT.ENF029; gestantes e puérperas com convulsão, o protocolo SINOP-PROT.ENF028 (eclâmpsia, com sulfato de magnésio); crises associadas a trauma, o protocolo SINOP-PROT.ENF019; a intoxicações, o protocolo SINOP-PROT.ENF025; e a alteração persistente do nível de consciência, o protocolo SINOP-PROT.ENF021.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** diagnóstico, prescrição do tratamento escalonado, manejo da via aérea, investigação etiológica, contato com a central de regulação e definição do destino.
- **Enfermeiro:** reconhecimento, proteção do paciente, registro do horário de início da crise, glicemia capilar, acesso venoso, monitorização, administração dos medicamentos prescritos com vigilância de efeitos adversos, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** proteção, posicionamento, aspiração, sinais vitais, glicemia capilar e cuidados conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de benzodiazepínicos e de fármacos de segunda linha, orientação sobre diluição, compatibilidade e velocidade de infusão.

3. DEFINIÇÃO

- **Crise epiléptica:** ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas decorrentes de atividade neuronal cerebral anormal excessiva ou sincrona.
- **Crise convulsiva:** crise epiléptica com manifestações motoras (tônicas, clônicas ou tônico-clônicas).
- **Crise sintomática aguda (provocada):** crise decorrente de insulto cerebral agudo ou distúrbio sistêmico (hipoglicemia, distúrbios eletrolíticos, abstinência alcoólica, intoxicação, infecção do sistema nervoso central, trauma, AVC, eclâmpsia).
- **Estado de mal epiléptico (EME):** condição resultante da falha dos mecanismos de interrupção da crise ou de mecanismos que levam a crises anormalmente prolongadas. No EME convulsivo tônico-clônico, o tratamento deve ser iniciado a partir de 5 minutos de crise continua (tempo t1) ou de crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas; a partir de 30 minutos (tempo t2) há risco de lesão neuronal de longo prazo (Liga Internacional contra a Epilepsia – ILAE, 2015).
- **EME estabelecido:** EME que persiste após dose adequada de benzodiazepínico.
- **EME refratário:** EME que persiste após benzodiazepinico e um fármaco de segunda linha, com indicação de terapia intensiva.
- **EME não convulsivo:** atividade epiléptica continua sem manifestações motoras evidentes, com alteração do nivel de consciência; diagnóstico por eletroencefalograma, a ser suspeitado quando o paciente não recupera a consciência após a crise.
- **Estado pós-ictal:** periodo de recuperação após a crise, com sonolência, confusão ou déficit transitório (paralisia de Todd).

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com crise convulsiva na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional, escalonada por tempo a partir do início da crise:

0 A 5 MINUTOS: ESTABILIZAÇÃO (PROTEÇÃO, ABCDE, GLICEMIA, ACESSO) → 5 A 20 MINUTOS: BENZODIAZEPÍNICO (PRIMEIRA

LINHA) → 20 A 40 MINUTOS: FÁRMACO DE SEGUNDA LINHA → APÓS 40 MINUTOS: EME REFRATÁRIO – VIA AÉREA AVANÇADA E TERAPIA INTENSIVA → INVESTIGAÇÃO DA CAUSA → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Registrar o horário de início da crise (relatado ou presenciado); o tempo orienta todas as decisões terapêuticas.
- Proteger o paciente contra traumas, afastar objetos, não conter os movimentos e não introduzir objetos na boca.
- Após a crise, posicionar em decúbito lateral de segurança, salvo suspeita de trauma raquimedular.
- Diferenciar de síncope convulsiva, crise não epiléptica psicogênica, distúrbios do movimento e hipoglicemia, sem retardar o tratamento de crise prolongada.

4.2 Critérios clínicos

Obter com testemunhas e acompanhantes: descrição da crise (início focal, duração, recorrência, liberação esfincteriana, mordedura de língua), epilepsia conhecida e medicamentos anticrise em uso (adesão, mudanças recentes), uso de álcool e abstinência, drogas, trauma, febre, cefaleia, gestação, comorbidades e medicamentos que reduzam o limiar convulsivo.

4.3 Avaliação inicial

- Glicemia capilar imediata.
- Sinais vitais, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e temperatura.
- Escala de Coma de Glasgow e exame neurológico após a crise, com pesquisa de sinais focais, rigidez de nuca e sinais de trauma.
- Reavaliação do nível de consciência: o paciente deverá recuperar progressivamente a consciência após a crise; a ausência de recuperação sugere crises contínuas não convulsivas, efeito de medicamentos ou lesão estrutural.

4.4 Classificação de risco

Paciente em crise ou em estado pós-ictal com alteração do nível de consciência tem prioridade máxima e deverá ser atendido imediatamente na sala de emergência, conforme o sistema de classificação adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** posicionamento, aspiração, cânula nasofaríngea quando necessária; via aérea avançada se houver insuficiência respiratória, incapacidade de proteção da via aérea ou EME refratário, conforme o protocolo 2.18.
- **B – Respiração:** oxigênio suplementar durante a crise e no pós-ictal, conforme SpO2; vigilância de depressão respiratória após benzodiazepínicos.
- **C – Circulação:** monitorização cardíaca, pressão arterial, acesso venoso periférico (dois, quando possível) com coleta de exames.
- **D – Neurológico:** glicemia capilar (corrigir hipoglicemia – protocolo 2.23), Glasgow, pupilas, sinais focais.
- **E – Exposição:** temperatura, sinais de trauma, lesões, marcas de punção, sinais de intoxicação.

4.6 Exames complementares

- Glicemia, sódio, potássio, cálcio, magnésio, ureia e creatinina, hemograma.
- Nível sérico de anticonvulsivantes, quando disponível, em pacientes em uso.
- Exames toxicológicos e alcoolemia, quando indicados; beta-hCG em mulheres em idade fértil.
- Gasometria, lactato e creatinoquinase nas crises prolongadas.
- Eletrocardiograma (arritmias e prolongamento do QT, em especial antes de fenitoína).
- Neuroimagem (tomografia de crânio) no serviço de referência ou na unidade, quando disponível, em primeira crise, crise com sinais focais, trauma,

anticoagulação, febre, imunossupressão ou ausência de recuperação da consciência.

- Suspeita de infecção do sistema nervoso central: antimicrobiano sem retardo, conforme os protocolos SINOP-PROT.ENF015 e SINOP-PROT.ENF021.
- Eletroencefalograma no serviço de referência, em especial na suspeita de EME não convulsivo.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca contínua e oximetria durante a crise e o tratamento.
- Pressão arterial e ritmo cardíaco durante a infusão de fenitoína ou fosfenitoína (risco de hipotensão e arritmias).
- Frequência respiratória e nível de consciência após benzodiazepínicos.
- Registro do tempo decorrido desde o início da crise e dos horários de cada medicamento.

4.8 Condutas iniciais

- A maioria das crises cessa espontaneamente em até 2 a 3 minutos; crises com duração igual ou superior a 5 minutos ou recorrentes sem recuperação da consciência deverão ser tratadas como EME.
- Glicose intravenosa se hipoglicemia, precedida ou acompanhada de tiamina nos pacientes de risco (uso abusivo de álcool, desnutrição), sem retardar a glicose.
- Na gestante ou puérpera com convulsão, considerar eclâmpsia: sulfato de magnésio conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF028.
- Na intoxicação, contato com o CIATox; na suspeita de intoxicação por isoniazida, considerar piridoxina, conforme orientação do CIATox.

4.9 Tratamento

a) Primeira linha (a partir de 5 minutos): benzodiazepínico

- Sem acesso venoso: **midazolam intramuscular** (eficácia ao menos equivalente à via intravenosa no ambiente pré-hospitalar – estudo RAMPART).

- Com acesso venoso: **diazepam intravenoso** ou **midazolam intravenoso**; o lorazepam intravenoso é opção em diretrizes internacionais, conforme disponibilidade.
- Pode ser repetida uma dose se a crise persistir após o intervalo recomendado; evitar doses repetidas além disso pelo risco de depressão respiratória.
- Doses de referência no Anexo II.

b) Segunda linha (a partir de 20 minutos ou persistência após benzodiazepínico)

- Administrar um fármaco de segunda linha em dose de ataque intravenosa: **levetiracetam, fosfenitoína ou fenitoína, ou ácido valproico**, que apresentaram eficácia semelhante no estudo ESETT; **fenobarbital** é alternativa quando os anteriores não estiverem disponíveis.
- A escolha deverá considerar a disponibilidade, as comorbidades e as contraindicações: fenitoína e fosfenitoína exigem monitorização cardíaca e controle da velocidade de infusão; ácido valproico deve ser evitado em hepatopatias, gestação e suspeita de doença mitocondrial; fenobarbital causa depressão respiratória e hipotensão.
- Doses de referência no Anexo II.

c) Terceira linha (EME refratário, a partir de 40 minutos)

Acionar imediatamente a central de regulação para unidade de terapia intensiva. Realizar via aérea avançada (protocolo SINOP-PROT.ENF018) e iniciar infusão contínua de agente anestésico (por exemplo, midazolam ou propofol), conforme prescrição médica e padronização institucional, com monitorização contínua, preferencialmente com eletroencefalograma no serviço de destino.

d) Tratamento da causa

Corrigir distúrbios metabólicos, tratar infecções, abstinência alcoólica (benzodiazepínico e tiamina), intoxicações e eclâmpsia, e retomar ou ajustar os anticonvulsivantes de uso crônico, conforme avaliação médica.

4.10 Terapia medicamentosa

Ver Anexo II. Doses de referência baseadas nas diretrizes da American Epilepsy Society (AES, 2016) e no estudo ESETT, a serem conferidas com a padronização institucional e a bula.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Proteção do paciente durante a crise e posicionamento lateral após a crise.
- Aspiração de vias aéreas e oxigenoterapia.
- Glicemia capilar.
- Acesso venoso periférico e coleta de exames.
- Administração intramuscular e intravenosa de anticonvulsivantes, com controle de velocidade de infusão em bomba.
- Manejo de via aérea conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018.

4.12 Critérios de gravidade

- EME (crise igual ou superior a 5 minutos ou recorrente sem recuperação).
- Ausência de recuperação da consciência após a crise.
- Crise associada a trauma craniano, febre, rigidez de nuca, sinais focais novos ou imunossupressão.
- Insuficiência respiratória, hipoxemia persistente, instabilidade hemodinâmica.
- Hipertermia, rabdomiólise, acidose grave.
- Gestação ou puerpério.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando as crises estiverem controladas (ou, no EME refratário, com via aérea assegurada e infusão anticonvulsivante em curso), com oxigenação e hemodinâmica adequadas, glicemia normal, acesso venoso funcionante e monitorização contínua.

4.14 Critérios para observação

Pacientes com crise única, breve, com recuperação completa da consciência e sem sinais de gravidade poderão permanecer em observação para reavaliação neurológica, exames e definição de conduta, em especial os com epilepsia conhecida e causa identificada (baixa adesão, privação de sono). A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação: pacientes com EME; crises recorrentes; ausência de recuperação da consciência; primeira crise com sinais focais, trauma, febre, suspeita de infecção do sistema nervoso central ou de lesão estrutural; crise sintomática aguda que exija tratamento hospitalar; e necessidade de neuroimagem ou eletroencefalograma indisponíveis na unidade.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Unidade de terapia intensiva para EME refratário ou pacientes intubados; serviço com neurologia e neuroimagem para investigação de primeira crise e de causas estruturais. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado nos pacientes com EME ou via aérea avançada, com benzodiazepínico disponível durante o trajeto, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, em pacientes com epilepsia conhecida e crise única típica, com recuperação completa, causa identificada e corrigível (por exemplo, falha de adesão), exame neurológico normal e acompanhante responsável; ou em pacientes com primeira crise não provocada, com recuperação completa, exame neurológico normal, exames sem alterações e investigação ambulatorial garantida, conforme a rede. Na alta, orientar por escrito: adesão ao tratamento, sinais de alarme, primeiros cuidados em nova crise, restrições de

atividades de risco (dirigir, trabalhar em altura, nadar sozinho) até avaliação especializada, e encaminhamento ao neurologista ou à Atenção Primária à Saúde.

4.18 Registro em prontuário

- horário de início e duração da crise e descrição semiológica;
- glicemia, sinais vitais e Glasgow com horários;
- medicamentos, doses, vias, horários e resposta, com o tempo decorrido desde o início da crise;
- intercorrências (depressão respiratória, hipotensão, arritmias);
- hipótese etiológica e exames;
- contato com a central de regulação ou orientações de alta;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Anúncio do tempo decorrido de crise e dos horários das doses durante o atendimento.
- Recorrência de crise, depressão respiratória ou ausência de recuperação da consciência deverão ser comunicadas imediatamente ao médico.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), com o esquema já administrado.

4.20 Segurança do paciente

- Prevenção de quedas e de traumas (grades elevadas, proteção acolchoada).
- Prevenção de broncoaspiração.
- Benzodiazepínicos intravenosos, fenitoína, fenobarbital e agentes anestésicos são medicamentos de alta vigilância: dose por peso, diluição padronizada, velocidade controlada e dupla checagem.
- Fenitoína deve ser diluída somente em solução fisiológica, com infusão controlada e vigilância de extravasamento.

- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **AES** – American Epilepsy Society
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **beta-hCG** – Fração beta da gonadotrofina coriônica humana
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CIATox** – Centro de Informação e Assistência Toxicológica
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **EF** – Equivalentes de fenitoína
- **EME** – Estado de mal epiléptico
- **ESETT** – Established Status Epilepticus Treatment Trial
- **ILAE** – International League Against Epilepsy (Liga Internacional contra a Epilepsia)
- **IM** – Intramuscular
- **IV** – Intravenoso
- **O2** – Oxigênio
- **QT** – Intervalo QT do eletrocardiograma
- **RAMPART** – Rapid Anticonvulsant Medication Prior to Arrival Trial
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

- **UTI** – Unidade de terapia intensiva

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

GLAUSER, T. et al. Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents, v. 16, n. 1, p. 48-61, 2016.

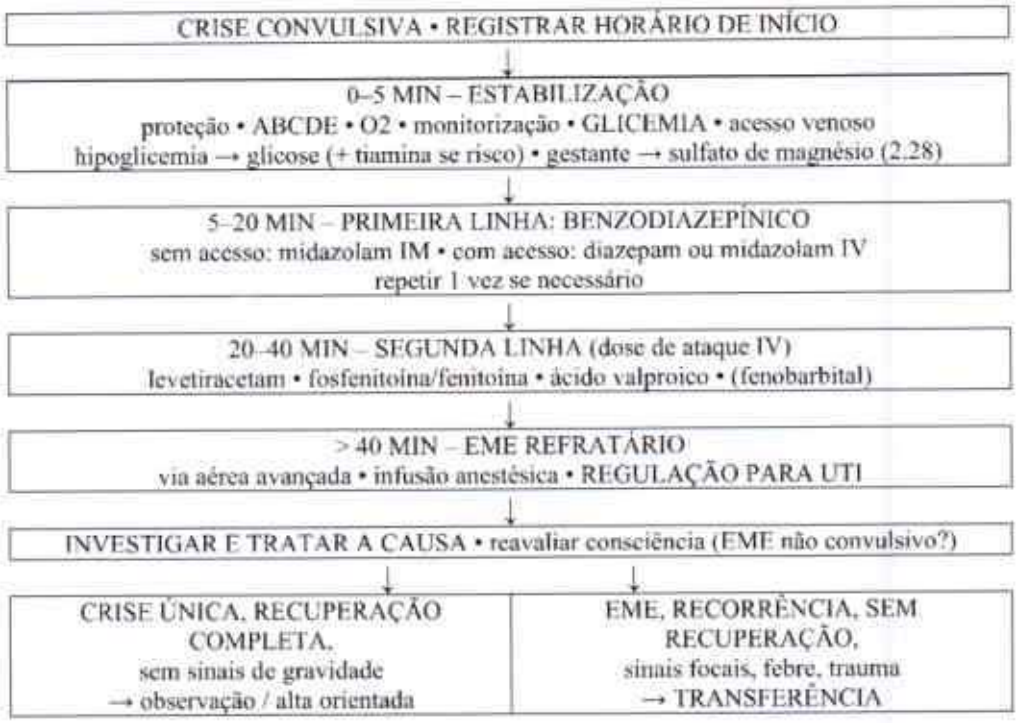
KAPUR, J. et al. Randomized trial of three anticonvulsant medications for status epilepticus. New England Journal of Medicine, v. 381, n. 22, p. 2103-2113, 2019.

SILBERGLEIT, R. et al. Intramuscular versus intravenous therapy for prehospital status epilepticus. New England Journal of Medicine, v. 366, n. 7, p. 591-600, 2012.

TRINKA, E. et al. A definition and classification of status epilepticus: report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. Epilepsia, v. 56, n. 10, p. 1515-1523, 2015.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRISE CONVULSIVA E AO ESTADO DE MAL EPILÉPTICO



1754

ANEXO II – DOSES DE REFERÊNCIA NO ESTADO DE MAL EPILÉPTICO (ADULTOS)

Doses de referência (AES, 2016; ESETT, 2019), a serem conferidas com a padronização institucional e a bula antes da utilização.

Fármaco	Dose de referência	Observações
Midazolam IM	10 mg (peso > 40 kg); 5 mg (13 a 40 kg), dose única	Primeira linha sem acesso venoso.
Diazepam IV	0,15 a 0,2 mg/kg (máximo 10 mg por dose), podendo repetir uma vez	Não utilizar por via IM (absorção errática).
Midazolam IV	Conforme padronização institucional	Alternativa ao diazepam.
Lorazepam IV	0,1 mg/kg (máximo 4 mg por dose), podendo repetir uma vez	Conforme disponibilidade.
Levetiracetam IV	60 mg/kg (máximo 4.500 mg), dose única	Poucas interações; ajustar na insuficiência renal para manutenção.
Fosfenitoína IV	20 mg EF/kg (máximo 1.500 mg EF), dose única	EF: equivalentes de fenitoína; monitorização cardíaca.
Fenitoína IV	20 mg/kg, em solução fisiológica, velocidade máxima conforme bula (em adultos, em geral até 50 mg/min)	Hipotensão e arritmias; extravasamento (síndrome da luva roxa).
Ácido valproico IV	40 mg/kg (máximo 3.000 mg), dose única	Evitar em hepatopatia, gestação, doença mitocondrial.
Fenobarbital IV	15 mg/kg, dose única	Alternativa; depressão respiratória e hipotensão.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:34:21 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 17:16:27 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:56:57 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXVIII

Protocolo de Alteração do Nível de Consciência

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Alteração do Nível de Consciência

1759

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a estabilização, a avaliação neurológica sistematizada, a identificação e o tratamento imediato das causas reversíveis e o encaminhamento do paciente adulto com alteração aguda do nível de consciência atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), abrangendo desde a sonolência e o estado confusional agudo até o coma, com diagnóstico e tratamento realizados de forma simultânea.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio, serviço de radiologia, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação neurológica, investigação etiológica, prescrição, indicação de via aérea avançada, decisão sobre transferência e comunicação com a central de regulação.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, glicemia capilar imediata, aplicação da Escala de Coma de Glasgow, avaliação pupilar, monitorização, administração de medicamentos prescritos, prevenção de broncoaspiração e quedas, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, glicemia capilar, monitorização, posicionamento, cuidados de enfermagem conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade e conferência de glicose hipertônica, tiamina, naloxona e demais medicamentos do protocolo.

3. DEFINIÇÃO

- **Nível de consciência:** grau de alerta (vigília) do indivíduo e de sua capacidade de responder a estímulos do ambiente.
- **Alteração aguda do nível de consciência:** redução do alerta ou alteração do conteúdo da consciência de instalação recente, em relação ao estado habitual do paciente.

- **Sonolência, obnubilação e estupor:** graus progressivos de redução do alerta, com despertar mediante estímulo verbal, estímulo tátil ou apenas estímulo doloroso intenso, respectivamente.
- **Coma:** ausência de despertar e de percepção de si e do ambiente, sem abertura ocular a estímulos, com duração superior a 1 hora (ENLS).
- **Delirium (estado confusional agudo):** distúrbio agudo e flutuante da atenção e da cognição, frequentemente secundário a condição clínica, intoxicação ou abstinência.
- **Escala de Coma de Glasgow (ECG-Glasgow):** escala de avaliação do nível de consciência pelas respostas ocular, verbal e motora, com pontuação de 3 a 15; a versão com resposta pupilar (Glasgow-P) subtrai a pontuação de reatividade pupilar (Anexo II).
- **Causa estrutural:** lesão cerebral focal ou difusa (hemorragia, AVC, tumor, trauma, infecção focal) que causa a alteração da consciência.
- **Causa tóxico-metabólica:** distúrbio sistêmico que afeta a função cerebral de forma difusa (hipoglicemia, distúrbios hidroeletrolíticos, uremia, encefalopatia hepática, hipercapnia, sepse, intoxicações).

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com alteração do nível de consciência deverá obedecer à seguinte sequência operacional, com diagnóstico e tratamento simultâneos:

RECONHECIMENTO → ABCDE E PROTEÇÃO DA COLUNA, QUANDO INDICADA → GLICEMIA CAPILAR IMEDIATA → TRATAMENTO DAS CAUSAS REVERSÍVEIS IMEDIATAS → EXAME NEUROLÓGICO DIRIGIDO → INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA → REAVALIAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Deverá ser considerada alteração do nível de consciência, com avaliação médica imediata, diante de sonolência, confusão, agitação, desorientação, fala incoerente, ausência de resposta adequada a estímulos ou relato de mudança recente do

comportamento por familiar ou acompanhante. Deverá ser registrado o horário em que o paciente foi visto pela última vez em seu estado habitual.

4.2 Critérios clínicos

Obter, com o paciente, acompanhante, testemunha ou equipe de atendimento pré-hospitalar:

- modo de instalação (súbito, progressivo, flutuante) e tempo de evolução;
- trauma, crise convulsiva, cefaleia, febre, vômitos ou déficit focal associados;
- uso de medicamentos (sedativos, opioides, hipoglicemiantes, anticoagulantes), álcool e outras substâncias; embalagens encontradas;
- comorbidades: diabetes mellitus, doença hepática, renal, cardíaca ou pulmonar, epilepsia, imunossupressão, transtornos mentais;
- possibilidade de abstinência (álcool, benzodiazepínicos);
- exposição ambiental (calor, frio, monóxido de carbono).

As causas deverão ser sistematicamente pesquisadas (Anexo III), com prioridade para as causas imediatamente tratáveis: hipoglicemia, hipóxia, hipotensão, intoxicação por opioide, hipertermia ou hipotermia, crise epiléptica e infecção do sistema nervoso central.

4.3 Avaliação inicial

- Glicemia capilar imediata em todo paciente.
- Sinais vitais completos, incluindo temperatura e saturação periférica de oxigênio (SpO2).
- Escala de Coma de Glasgow com registro separado de cada componente (ocular, verbal, motor) e avaliação pupilar (tamanho, simetria e reatividade) – Anexo II.
- Exame neurológico dirigido: sinais focais, rigidez de nuca, movimentos oculares, padrão respiratório, sinais de crise epiléptica sutil (movimentos rítmicos discretos, desvio ocular).
- Pesquisa de sinais externos: trauma craniano, marcas de punção, hálito etílico ou cetônico, icterícia, lesões de pele, sinais de meningococcemia.

- Nos pacientes confusos ou agitados, aplicar instrumento validado de rastreio de delirium adotado pela instituição.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Pacientes com Glasgow igual ou inferior a 12, rebaixamento progressivo, anisocoria, sinais vitais alterados ou suspeita de AVC deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade e proteção; aspiração; posicionamento lateral de segurança na ausência de suspeita de trauma raquimedular; restrição de movimento da coluna cervical se houver suspeita de trauma. Pacientes com Glasgow igual ou inferior a 8 ou sem proteção da via aérea deverão ter a via aérea manejada conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018.
- **B – Respiração:** frequência, padrão respiratório e SpO2; oxigenoterapia com alvo conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017; bradipneia sugere intoxicação por opioide ou sedativos ou hipercapnia.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão, acesso venoso e monitorização cardíaca; hipertensão com bradicardia pode indicar hipertensão intracraniana.
- **D – Neurológico:** Glasgow, pupilas, glicemia e sinais focais.
- **E – Exposição:** temperatura, trauma, lesões de pele, sinais de uso de substâncias, com preservação da privacidade.

4.6 Exames complementares

- **Na UPA, conforme disponibilidade:** glicemia, gasometria (arterial ou venosa), sódio, potássio, cálcio, ureia, creatinina, hemograma, função hepática, amônia quando houver suspeita de encefalopatia hepática, coagulograma, eletrocardiograma e exames toxicológicos disponíveis.

- **Neuroimagem:** tomografia computadorizada de crânio de urgência em pacientes com causa não esclarecida, sinais focais, trauma, cefaleia súbita, uso de anticoagulante ou rebaixamento sem explicação tóxico-metabólica evidente, na própria unidade quando disponivel ou no serviço de referência, conforme fluxo assistencial institucional.
- **Suspeita de infecção do sistema nervoso central:** a punção lombar é atribuição do serviço de referência; a antibioticoterapia empírica não deverá ser retardada pela espera de exames (protocolo SINOP-PROT.ENF015 e guia institucional de antimicrobianos).
- **Suspeita de estado de mal epiléptico não convulsivo:** eletroencefalograma no serviço de referência (protocolo SINOP-PROT.ENF020).

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca e oximetria contínuas.
- Glasgow e pupilas seriados, com periodicidade definida pela gravidade (queda de 2 ou mais pontos no Glasgow ou surgimento de anisocoria exigem reavaliação médica imediata).
- Glicemia capilar seriada após correção de hipoglicemia.
- Temperatura e diurese.

4.8 Condutas iniciais

- **Hipoglicemia** (glicemia inferior a 70 mg/dL, ou conforme definição do protocolo 2.23): correção imediata conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF023.
- **Risco de deficiência de tiamina** (uso abusivo de álcool, desnutrição, vômitos prolongados, cirurgia bariátrica): administrar tiamina intravenosa antes ou junto com a glicose, sem retardar a correção da hipoglicemia (Anexo IV).
- **Suspeita de intoxicação por opioide** com depressão respiratória: naloxona em doses tituladas, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF025, sem substituir a ventilação.
- **Hipóxia ou hipercapnia:** suporte ventilatório conforme os protocolos SINOP-PROT.ENF017 e SINOP-PROT.ENF018.

- **Hipotensão:** reposição volêmica e investigação de choque (protocolo SINOP-PROT.ENF015, quando séptico).
- **Hipertermia ou hipotermia:** controle térmico e investigação da causa.
- **Crise epiléptica:** tratamento conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF020.
- **Suspeita de AVC:** protocolo SINOP-PROT.ENF014, com registro do último momento visto bem.

O flumazenil não deverá ser utilizado de rotina no paciente com rebaixamento de causa indeterminada, pelo risco de crises epilépticas, especialmente em usuários crônicos de benzodiazepínicos ou em intoxicações mistas.

4.9 Tratamento

a) Suspeita de hipertensão intracraniana ou herniação

Sinais: queda progressiva do Glasgow, anisocoria, midríase unilateral não reativa, postura em decorticação ou descerebração, hipertensão com bradicardia e padrão respiratório irregular. Condutas imediatas: cabeceira a 30°, alinhamento cervical, evitar hipotensão e hipóxia, via aérea avançada quando indicada e transferência imediata para serviço com neurocirurgia. Terapia hiperosmolar e hiperventilação transitória são medidas de ponte, de indicação médica, conforme padronização institucional.

b) Causas tóxico-metabólicas

Correção dirigida da causa identificada (distúrbios da glicose, do sódio ou do cálcio, hipercapnia, uremia, encefalopatia hepática, intoxicações), em articulação com os protocolos específicos. Correções de sódio deverão respeitar limites de velocidade para evitar lesão neurológica, conforme prescrição médica.

c) Delirium

Identificar e tratar a causa desencadeante; adotar medidas não farmacológicas (orientação, presença de acompanhante, controle de ruído e luminosidade, correção de déficits sensoriais); reservar medicamentos para agitação com risco ao paciente ou à equipe, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF030. Considerar abstinência alcoólica nos pacientes de risco.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Indicação	Referência de dose
Glicose hipertônica	Hipoglicemia	Conforme o protocolo.
Tiamina	Risco ou suspeita de encefalopatia de Wernicke	Suspeita de encefalopatia de Wernicke: 200 mg IV três vezes ao dia, antes de qualquer carboidrato quando possível (EFNS 2010). Profilaxia em pacientes de risco conforme prescrição
Naloxona	Depressão respiratória por suspeita de opioide	Doses baixas tituladas, conforme o protocolo.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Glicemia capilar.
- Posicionamento lateral de segurança ou cabeceira elevada, conforme a situação.
- Aspiração de vias aéreas.
- Acesso venoso periférico e coleta de exames.
- Sondagem vesical e gástrica, quando indicadas.
- Restrição de movimento da coluna cervical na suspeita de trauma.
- Manejo da via aérea conforme o protocolo.

4.12 Critérios de gravidade

- Glasgow igual ou inferior a 8.
- Queda de 2 ou mais pontos no Glasgow.
- Anisocoria, pupilas não reativas ou sinais de herniação.
- Déficit neurológico focal.
- Febre com rigidez de nuca ou petéquias.
- Instabilidade hemodinâmica ou respiratória.
- Crises epilépticas recorrentes ou suspeita de estado de mal não convulsivo.
- Causa não identificada após avaliação inicial.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, SpO2 no alvo, pressão arterial adequada, glicemia corrigida, crises controladas e acesso venoso funcionante.

4.14 Critérios para observação

Poderão permanecer em observação, com reavaliação seriada do Glasgow e da glicemia, pacientes com causa identificada, rapidamente reversível e com recuperação completa do nível de consciência, como a hipoglicemia corrigida em paciente em uso de insulina de ação curta. Hipoglicemia por sulfonilureia ou insulina de ação prolongada exige observação prolongada ou transferência, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF023. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação, os pacientes com causa não esclarecida, causa estrutural, infecção do sistema nervoso central, necessidade de neuroimagem indisponível na unidade, persistência da alteração da consciência ou qualquer critério de gravidade.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com neurocirurgia:** sinais de herniação, hemorragia intracraniana, trauma cranioencefálico com lesão estrutural.
- **Unidade de terapia intensiva:** Glasgow igual ou inferior a 8, via aérea avançada, instabilidade hemodinâmica ou estado de mal epiléptico.
- **Centro de AVC:** suspeita de AVC dentro das janelas terapêuticas (protocolo SINOP-PROT.ENF014).

O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado nos pacientes graves, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, somente quando houver causa identificada e tratada, recuperação completa e sustentada do estado neurológico habitual, ausência de sinais de gravidade, condições de segurança no domicílio com acompanhante responsável e orientação por escrito sobre sinais de alarme. Em intoxicação intencional, a alta depende de avaliação do risco de autoagressão.

4.18 Registro em prontuário

- horário de chegada e do último momento visto no estado habitual;
- fonte das informações;
- Glasgow por componentes, pupilas e glicemia, com horários e evolução;
- achados do exame neurológico;
- hipóteses etiológicas, exames solicitados e resultados;
- medicamentos administrados, doses, vias e horários;
- contato com a central de regulação e horário de saída;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Queda do Glasgow, anisocoria ou crise epiléptica deverão ser comunicadas imediatamente ao médico.
- A comunicação com a central de regulação e o serviço de destino deverá conter a apresentação clínica, o último momento visto bem, o Glasgow por componentes, as pupilas, a glicemia, os exames e os tratamentos realizados, conforme o checklist do ENLS.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR).
- Identificação e contato do familiar ou responsável legal.

4.20 Segurança do paciente

- Prevenção de broncoaspiração: jejum, cabeceira elevada ou posição lateral, aspiração disponível.

- Prevenção de quedas: grades elevadas e vigilância contínua.
- Contenção mecânica somente quando tecnicamente indicada, conforme o protocolo e as normas profissionais vigentes.
- Proteção de pertences e identificação de pacientes sem documentos, conforme fluxo institucional.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **EFNS** – European Federation of Neurological Societies
- **ENLS** – Emergency Neurological Life Support
- **IV** – Intravenoso
- **NT** – Não testável
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do

paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

BRENNAN, P. M.; MURRAY, G. D.; TEASDALE, G. M. Simplifying the use of prognostic information in traumatic brain injury. Part 1: The GCS-Pupils score. Journal of Neurosurgery, v. 128, n. 6, p. 1612-1620, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

GALVIN, R. et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. European Journal of Neurology, v. 17, n. 12, p. 1408-1418, 2010.

HALSTEAD, M. R.; KANDIAH, P. A. Emergency Neurological Life Support: Approach to the Patient With Coma. Version 6.0. Chicago: Neurocritical Care Society, 2024.

TEASDALE, G.; JENNETT, B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. The Lancet, v. 2, n. 7872, p. 81-84, 1974.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA



ANEXO II – ESCALA DE COMA DE GLASGOW E REATIVIDADE PUPILAR

Resposta	Critério	Pontos
Abertura ocular	Espontânea	4
	Ao som	3
	À pressão	2
	Ausente	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras	3
	Sons	2
	Ausente	1
Resposta motora	Obedece a comandos	6
	Localiza	5
	Flexão normal	4
	Flexão anormal	3
	Extensão	2
	Ausente	1
Registrar NT (não testável) quando houver fator que impeça a avaliação do componente (por exemplo, intubação ou edema palpebral). Pontuação total: 3 a 15.		

Reatividade pupilar	Pontos a subtrair (Glasgow-P)
Ambas as pupilas reativas à luz	0
Uma pupila não reativa	1
Ambas as pupilas não reativas	2
Glasgow-P = Glasgow total − pontuação pupilar (variação de 1 a 15).	

ANEXO III – CAUSAS DE ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA A PESQUISAR

Grupo	Exemplos
Estruturais	AVC isquêmico ou hemorrágico, hemorragia subaracnóidea, trauma cranioencefálico, tumor, abscesso cerebral, hidrocefalia.
Metabólicas	Hipoglicemia e hiperglicemia, hipo ou hipernatremia, hipercalcemia, uremia, encefalopatia hepática, hipotireoidismo, insuficiência adrenal.
Respiratórias e circulatórias	Hipoxemia, hipercapnia, choque, pós-parada cardiorrespiratória.
Infecciosas	Sepse, meningite, encefalite, malária grave em áreas de risco ou com história de viagem.
Tóxicas	Álcool, opioides, benzodiazepínicos e outros sedativos, antidepressivos, monóxido de carbono, drogas ilícitas; abstinência alcoólica.
Neurológicas não estruturais	Estado pós-ictal, estado de mal epiléptico não convulsivo.
Ambientais	Hipotermia, hipertermia, intermação.
Deficiências nutricionais	Encefalopatia de Wernicke (deficiência de tiamina).

ANEXO IV – GRUPOS DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA DE TIAMINA

Uso abusivo de álcool; desnutrição; vômitos persistentes, inclusive na gestação; cirurgia bariátrica; doenças consumptivas; realimentação após jejum prolongado. Nesses pacientes, a tiamina deverá ser administrada antes ou junto com a glicose, sem retardar a correção da hipoglicemia.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:34:56 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de form digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:014023 110 Dados: 2026.10.02 15:37:41 -04'00'	Documento assinado digitalmente por ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:57:37 (UTC-3) birdID



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXIX

Protocolo de Emergências Hipertensivas

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

Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Emergências Hipertensivas

1777

1. OBJETIVO

Padronizar a abordagem do paciente adulto com pressão arterial (PA) muito elevada atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), diferenciando a emergência hipertensiva, com lesão aguda e progressiva de órgão-alvo, da elevação importante da PA sem lesão progressiva de órgão-alvo e da pseudocrise hipertensiva, e definindo metas de redução pressórica, escolha terapêutica conforme o quadro clínico e critérios de transferência.

O protocolo incorpora a nomenclatura da Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025, que deixou de utilizar o termo "urgência hipertensiva".

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de observação, sala de emergência e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos. Hipertensão na gestação, no puerpério (pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP), elevação pressórica no acidente vascular cerebral, e na síndrome coronariana aguda deverá seguir o protocolo específico; a elevação pressórica no acidente vascular cerebral, o protocolo SINOP-PROT.ENF014; e na síndrome coronariana aguda, o protocolo SINOP-PROT.ENF013.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação clínica, pesquisa de lesão de órgão-alvo, diagnóstico diferencial, prescrição e definição das metas pressóricas e do destino do paciente.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, aferição padronizada da PA, monitorização, administração de medicamentos prescritos, controle de infusões contínuas, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** aferição de sinais vitais, monitorização e administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.

- **Farmacêutico:** disponibilidade, padronização de diluição e estabilidade dos anti-hipertensivos intravenosos, em especial do nitroprussiato de sódio (fotossensivel), e orientação sobre interações.

3. DEFINIÇÃO

- **Crise hipertensiva:** elevação importante da PA, com pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 180 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 110 mmHg, que compreende a emergência hipertensiva e a elevação importante da PA sem lesão progressiva de órgão-alvo (Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025).
- **Emergência hipertensiva:** crise hipertensiva associada a lesão aguda e progressiva de órgão-alvo, com risco imediato de morte, que exige redução pressórica controlada com medicamentos intravenosos e monitorização intensiva.
- **Elevação importante da PA sem lesão progressiva de órgão-alvo:** PAS igual ou superior a 180 mmHg e/ou PAD igual ou superior a 110 mmHg sem evidência de lesão aguda de órgão-alvo; substitui o termo "urgência hipertensiva". Exige ajuste ou início de tratamento oral e reavaliação ambulatorial precoce, em até 7 dias.
- **Pseudocrise hipertensiva:** elevação da PA secundária a dor, ansiedade, desconforto, retenção urinária ou suspensão de medicação, sem lesão aguda de órgão-alvo, que se reduz com o tratamento da causa desencadeante.
- **Lesão aguda de órgão-alvo:** comprometimento agudo de coração, cérebro, rins, grandes vasos, retina ou microcirculação associado à elevação pressórica (Anexo II).
- **Hipertensão maligna (acelerada):** PA muito elevada associada a retinopatia grave (hemorragias em chama de vela, exsudatos algodonosos e/ou papiledema), frequentemente com microangiopatia trombótica e lesão renal aguda.
- **Pressão arterial média (PAM):** valor médio da pressão durante o ciclo cardíaco, utilizado como referência para metas de redução em algumas emergências.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com PA muito elevada deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

CONFIRMAÇÃO DA MEDIDA → PESQUISA DE SINTOMAS E DE LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO → CLASSIFICAÇÃO (EMERGÊNCIA / ELEVAÇÃO SEM LESÃO PROGRESSIVA / PSEUDOCRISE) → TRATAMENTO CONFORME O QUADRO → REAVALIAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Confirmar a PA com técnica adequada: paciente sentado ou deitado, após repouso quando a condição permitir, manguito de tamanho adequado à circunferência do braço, medidas repetidas e, na primeira avaliação, em ambos os braços.
- Pesquisar sintomas sugestivos de lesão aguda de órgão-alvo: dor torácica, dispneia, dor dorsal súbita e intensa, déficit neurológico focal, alteração do nível de consciência, confusão, convulsão, cefaleia intensa com vômitos, alterações visuais, redução da diurese.
- Identificar gestação ou puerpério recente (até 6 semanas após o parto), situação que exige o protocolo SINOP-PROT.ENF028.

4.2 Critérios clínicos

- História de hipertensão, adesão ao tratamento e suspensão recente de medicamentos (especialmente clonidina e betabloqueadores).
- Uso de substâncias simpaticomiméticas (cocaína, anfetaminas), anti-inflamatórios, descongestionantes, corticosteroides e outros medicamentos que elevam a PA.
- Comorbidades: doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, AVC prévio, diabetes mellitus.
- Fatores desencadeantes de pseudocrise: dor, ansiedade, retenção urinária, abstinência alcoólica.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos, incluindo frequência cardíaca, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e glicemia capilar.
- Exame cardiovascular: sopros, sinais de congestão, assimetria de pulsos e de PA entre os membros (sugestiva de dissecção de aorta).
- Exame neurológico sumário: nível de consciência, déficits focais, sinais meníngeos.
- Fundoscopia, quando disponível e realizada por médico capacitado, para pesquisa de hemorragias, exsudatos e papiledema.
- Avaliação da diurese e de edema.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. A prioridade deverá ser definida pelos sintomas e sinais de lesão de órgão-alvo, e não apenas pelo valor pressórico. Pacientes com dor torácica, déficit neurológico, dispneia importante ou alteração do nível de consciência deverão ser encaminhados imediatamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade e proteção, especialmente em encefalopatia, convulsão ou rebaixamento do nível de consciência.
- **B – Respiração:** frequência respiratória, esforço, SpO2 e sinais de edema agudo de pulmão; oxigênio conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017.
- **C – Circulação:** PA em ambos os braços, frequência cardíaca, pulsos, perfusão, acesso venoso e monitorização cardíaca.
- **D – Neurológico:** Escala de Coma de Glasgow, déficits focais, pupilas e glicemia capilar.
- **E – Exposição:** edema, sinais de uso de substâncias e temperatura.

4.6 Exames complementares

Conforme disponibilidade e suspeita clínica, sem retardar o tratamento da emergência:

- eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações;
- creatinina, ureia, sódio e potássio;
- exame de urina (proteinúria, hematúria);
- hemograma com plaquetas e, na suspeita de microangiopatia trombótica, desidrogenase láctica, bilirrubinas e pesquisa de esquizócitos;
- troponina na suspeita de síndrome coronariana aguda;
- radiografia de tórax na suspeita de congestão pulmonar ou de alargamento de mediastino;
- teste de gravidez em mulheres em idade fértil;
- neuroimagem e angiotomografia de aorta, no serviço de referência, conforme a suspeita.

4.7 Monitorização

- Emergência hipertensiva: monitorização cardíaca contínua, oximetria e aferição frequente da PA (em intervalos curtos durante a titulação de infusões intravenosas, conforme prescrição médica), preferencialmente em sala de emergência.
- Elevação sem lesão progressiva: aferições seriadas após repouso e após o tratamento, com reavaliação clínica.
- Controle de diurese e do nível de consciência nos pacientes com emergência.
- Vigilância de hipotensão durante infusões contínuas, com interrupção e comunicação imediata ao médico.

4.8 Condutas iniciais

- Tratar causas de pseudocrise (dor, ansiedade, retenção urinária) e reavaliar a PA antes de prescrever anti-hipertensivo.
- **Não utilizar nifedipino de liberação imediata por via sublingual ou oral**, pelo risco de hipotensão abrupta e eventos isquêmicos.

- Evitar redução rápida e acentuada da PA na ausência de lesão aguda de órgão-alvo, pois pode causar isquemia cerebral, coronariana ou renal, especialmente em hipertensos crônicos.
- Na emergência hipertensiva, obter acesso venoso, instalar monitorização e acionar a central de regulação para transferência a unidade com terapia intensiva.

4.9 Tratamento

a) Elevação importante da PA sem lesão progressiva de órgão-alvo

Conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025: ajustar ou iniciar o tratamento anti-hipertensivo oral, reforçar a adesão e garantir reavaliação ambulatorial precoce, em até 7 dias, na Atenção Primária à Saúde ou no ambulatório de referência. Não há indicação de medicamentos intravenosos nem de normalização imediata da PA. A escolha e a dose do anti-hipertensivo oral são de decisão médica, conforme o tratamento prévio e as comorbidades.

b) Emergência hipertensiva

Iniciar anti-hipertensivo intravenoso titulável, com metas definidas conforme o órgão acometido (Anexo II). Na ausência de meta específica, reduzir a PAM em não mais que 25% na primeira hora, prosseguir de forma gradual nas horas seguintes, com normalização nas 24 a 48 horas subsequentes, conforme a condição clínica.

- **Dissecção aguda de aorta:** redução imediata da PAS para menos de 120 mmHg e da frequência cardíaca para menos de 60 bpm, iniciando com betabloqueador intravenoso e, se necessário, associando vasodilatador; transferência imediata para serviço com cirurgia cardiovascular.
- **Edema agudo de pulmão cardiogênico:** nitroglicerina ou nitroprussiato intravenosos, diurético de alça e VNI (SINOP-PROT.ENF017), com meta de PAS inferior a 140 mmHg.
- **Síndrome coronariana aguda:** nitroglicerina intravenosa, com meta de PAS inferior a 140 mmHg, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF013; evitar hipotensão.

- **Encefalopatia hipertensiva:** redução da PAM de 20% a 25% de forma imediata e controlada; exclusão de AVC por neuroimagem no serviço de referência.
- **Hipertensão maligna, com ou sem microangiopatia trombótica ou lesão renal aguda:** redução da PAM de 20% a 25% em algumas horas.
- **AVC isquêmico ou hemorrágico:** metas específicas do protocolo SINOP-PROT.ENF014.
- **Crise adrenérgica por cocaína ou anfetaminas:** benzodiazepínica como primeira medida; evitar betabloqueador isolado; vasodilatador quando necessário; conforme o protocolo.
- **Pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia:** protocolo.

4.10 Terapia medicamentosa

Os medicamentos intravenosos disponíveis e suas diluições deverão ser padronizados pela instituição. As doses abaixo são de referência e deverão ser conferidas com a bula e com a padronização da unidade.

Medicamento	Dose de referência	Indicação e cuidados
Nitroprussiato de sódio	Infusão contínua IV em bomba, iniciando com dose baixa (0,25 a 0,3 mcg/kg/min) e titulando conforme resposta, até o máximo indicado em bula.	Maioria das emergências; proteger da luz; risco de toxicidade por cianeto e tiocianato em doses elevadas, uso prolongado e insuficiência renal; cautela na síndrome coronariana aguda e na hipertensão intracraniana.
Nitroglicerina	Infusão contínua IV em bomba, iniciando com 5 a 10 mcg/min e titulando conforme resposta.	Síndrome coronariana aguda e edema agudo de pulmão; contraindicada com uso recente de inibidores da fosfodiesterase-5; cefaleia.
Metoprolol	5 mg IV lento, podendo ser repetido conforme resposta e bula.	Dissecção de aorta e síndrome coronariana aguda sem insuficiência cardíaca; contraindicado em bradicardia, bloqueio atrioventricular, insuficiência cardíaca descompensada e broncoespasmo.

Medicamento	Dose de referência	Indicação e cuidados
Esmolol	Conforme bula e padronização institucional, em bólus seguido de infusão.	Dissecção de aorta (curta duração, titulável), conforme disponibilidade.
Furosemida	Dose IV conforme prescrição médica e função renal.	Edema agudo de pulmão com congestão; evitar em hipovolemia.
Hidralazina	Dose IV conforme o protocolo 2.28.	Uso preferencial na gestação.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Aferição padronizada da PA com manguito adequado.
- Punção venosa periférica e coleta de exames.
- Instalação e controle de infusão contínua em bomba de infusão, com equipo fotoprotetor para nitroprussiato.
- Monitorização multiparamétrica.
- Sondagem vesical para controle de diurese, quando prescrita.
- Fundoscopia pelo médico, quando disponível.

4.12 Critérios de gravidade

- Qualquer lesão aguda de órgão-alvo (Anexo II).
- Dor torácica ou dorsal intensa, com suspeita de dissecção de aorta.
- Edema agudo de pulmão.
- Alteração do nível de consciência, convulsão ou déficit focal.
- Oligúria ou elevação aguda da creatinina.
- Gestação ou puerpério com PA elevada.

4.13 Critérios de estabilização

Na emergência hipertensiva, considera-se o paciente estabilizado para transporte quando a PA estiver em redução controlada, dentro da meta da etapa, com infusão titulada e estável em bomba de infusão, sem hipotensão, com via aérea e oxigenação adequadas.

4.14 Critérios para observação

Pacientes com elevação importante da PA sem lesão progressiva de órgão-alvo ou com pseudocrise poderão permanecer em observação para tratamento da causa, ajuste terapêutico e reavaliação, sem necessidade de atingir valores normais antes da alta. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Todo paciente com emergência hipertensiva deverá ser transferido, via central de regulação, para unidade com terapia intensiva ou serviço de referência, conforme a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com cirurgia cardiovascular:** suspeita de dissecção aguda de aorta.
- **Serviço com hemodinâmica:** síndrome coronariana aguda (protocolo SINOP-PROT.ENF013).
- **Centro de AVC ou neurocirurgia:** AVC ou encefalopatia com suspeita de lesão estrutural (protocolo SINOP-PROT.ENF014).
- **Unidade de terapia intensiva:** demais emergências hipertensivas.
- **Maternidade de referência:** gestantes e puérperas (protocolo SINOP-PROT.ENF028).

O transporte de pacientes em uso de anti-hipertensivo intravenoso contínuo deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com bomba de infusão e monitorização contínua, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, nos pacientes sem lesão aguda de órgão-alvo, assintomáticos, com PA em redução após o tratamento da causa ou o

ajuste terapêutico, com prescrição oral definida, orientação sobre adesão e sinais de alarme e garantia de reavaliação ambulatorial em até 7 dias, com encaminhamento formal à Atenção Primária à Saúde.

4.18 Registro em prontuário

- valores de PA com horário, braço e posição, e frequência cardíaca;
- sintomas, exame físico e resultados da pesquisa de lesão de órgão-alvo;
- classificação do quadro (emergência, elevação sem lesão progressiva ou pseudocrise);
- metas de PA definidas pelo médico;
- medicamentos, doses, diluições, velocidades de infusão e ajustes;
- resposta ao tratamento e intercorrências;
- contato com a central de regulação ou encaminhamento ambulatorial com data;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- A meta pressórica e os limites para comunicação (PA abaixo ou acima da faixa prescrita, frequência cardíaca) deverão constar da prescrição.
- Hipotensão, piora neurológica, dor torácica ou dispneia durante o tratamento deverão ser comunicadas imediatamente ao médico.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), incluindo a velocidade atual das infusões.
- Contrarreferência à Atenção Primária à Saúde na alta, com resumo do atendimento e da prescrição.

4.20 Segurança do paciente

- Nitroprussiato de sódio e demais vasodilatadores intravenosos são medicamentos de alta vigilância: diluição padronizada, bomba de infusão, rotulagem e dupla checagem.
- Prevenção de quedas relacionadas a hipotensão.

- Prevenção de redução excessiva da PA.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **APS** – Atenção Primária à Saúde
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **ESC** – European Society of Cardiology
- **FC** – Frequência cardíaca
- **HELLP** – Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets)
- **IV** – Intravenoso
- **PA** – Pressão arterial
- **PAD** – Pressão arterial diastólica
- **PAM** – Pressão arterial média
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva

- **VNI** – Ventilação não invasiva

6. REFERÊNCIA

BRANDÃO, A. A. et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 122, n. 9, e20250624, 2025. DOI: 10.36660/abc.20250624.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

MCEVOY, J. W. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. European Heart Journal, v. 45, n. 38, p. 3912-4018, 2024. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae178.

VAN DEN BORN, B. J. H. et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy, v. 5, n. 1, p. 37-46, 2019.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PRESSÃO ARTERIAL MUITO ELEVADA

PAS ≥ 180 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg
(confirmar com técnica adequada e medidas repetidas)

↓

PESQUISAR SINTOMAS E LESÃO AGUDA DE ÓRGÃO-ALVO
coração • cérebro • aorta • rins • retina • microcirculação
Gestação/puerpério → PROTOCOLO 2.28

↓

COM LESÃO AGUDA E PROGRESSIVA	SEM LESÃO PROGRESSIVA
EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA sala de emergência • monitorização anti-hipertensivo IV titulável meta conforme o órgão (Anexo II)	tratar dor/ansiedade/causas (pseudocrise) sem nifedipino sublingual sem redução abrupta
↓	↓
ACIONAR CENTRAL DE REGULAÇÃO UTI / cirurgia cardiovascular / hemodinâmica / centro de AVC	AJUSTAR OU INICIAR TRATAMENTO ORAL reforçar adesão reavaliação ambulatorial em até 7 dias

↓

REAVALIAÇÃO CONTÍNUA • REGISTRO

↓

DESTINO: TRANSFERÊNCIA (suporte avançado) / ALTA COM CONTRARREFERÊNCIA À APS

ANEXO II – LESÕES AGUDAS DE ÓRGÃO-ALVO E METAS DE REDUÇÃO PRESSÓRICA

Metas baseadas no documento de posicionamento do ESC Council on Hypertension (VAN DEN BORN et al., 2019) e na diretriz europeia de 2024, a serem conferidas com a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025.

Condição	Meta e tempo	Tratamento de referência
Dissecção aguda de aorta	PAS < 120 mmHg e FC < 60 bpm, imediatamente	Betabloqueador IV + vasodilatador IV, se necessário
Edema agudo de pulmão cardiogênico	PAS < 140 mmHg, imediatamente	Nitroglicerina ou nitroprussiato IV + diurético de alça
Síndrome coronariana aguda	PAS < 140 mmHg, imediatamente	Nitroglicerina IV (protocolo 2.13)
Encefalopatia hipertensiva	Redução da PAM de 20% a 25%, imediatamente	Anti-hipertensivo IV titulável
Hipertensão maligna (com ou sem microangiopatia trombótica ou lesão renal aguda)	Redução da PAM de 20% a 25% em algumas horas	Anti-hipertensivo IV titulável
AVC isquêmico e hemorragia intracerebral	Metas do protocolo	Protocolo
Pré-eclâmpsia grave / eclâmpsia	Metas do protocolo	Protocolo
Crise adrenérgica (cocaína, anfetaminas, feocromocitoma)	Redução controlada, conforme avaliação médica	Benzodiazepínico (intoxicação); vasodilatador; evitar betabloqueador isolado
Emergência sem meta específica	Redução da PAM de até 25% na primeira hora; redução gradual nas horas seguintes	Anti-hipertensivo IV titulável

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:35:30 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 17:13:01 -04'00'	Documento assinado digitalmente por: birdID ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 as 13:58:16 (UTC-3)

Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXX

Protocolo de Emergências Glicêmicas

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Emergências Glicêmicas

1796

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a avaliação, o tratamento inicial e o encaminhamento do paciente adulto com emergências glicêmicas atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA): hipoglicemia, cetoacidose diabética (CAD) e estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH), com correção segura da glicemia, da volemia e do potássio, e transferência em tempo oportuno para o nível de cuidado adequado.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio e o processo de transferência inter-hospitalar.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** diagnóstico, classificação de gravidade, prescrição de fluidos, insulina, eletrólitos e glicose, investigação do fator desencadeante e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, glicemia capilar, dosagem de cetonemia capilar quando disponivel, correção imediata da hipoglicemia conforme protocolo e prescrição, controle de infusões em bomba, monitorização, balanço hídrico, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** glicemia capilar seriada, sinais vitais, administração de medicamentos e soluções conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, controle de diurese e registro.
- **Farmacêutico:** padronização da diluição de insulina e de cloreto de potássio, disponibilidade de glicose hipertônica e glucagon, e segurança no uso de medicamentos de alta vigilância.

3. DEFINIÇÃO

- **Hipoglicemia:** glicemia inferior a 70 mg/dL. Nivel 1: glicemia inferior a 70 mg/dL e igual ou superior a 54 mg/dL; nível 2: glicemia inferior a 54 mg/dL; nível 3 (grave): evento com alteração do estado mental e/ou fisico que exige assistência de terceiros para recuperação, independentemente do valor (American Diabetes Association – ADA).

- **Cetoacidose diabética (CAD):** presença simultânea de: (1) diabetes ou hiperglicemia – glicemia igual ou superior a 200 mg/dL ou diagnóstico prévio de diabetes; (2) cetose – beta-hidroxibutirato igual ou superior a 3,0 mmol/L ou cetonúria de 2+ ou mais; e (3) acidose metabólica – pH inferior a 7,3 e/ou bicarbonato inferior a 18 mmol/L (consenso ADA/EASD/JBDS/AACE/DTS, 2024).
- **CAD euglicêmica:** CAD com glicemia inferior a 250 mg/dL, associada especialmente ao uso de inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2), gestação, jejum prolongado e uso de álcool; contemplada pelo critério de diabetes prévio.
- **Estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH):** presença simultânea de: glicemia igual ou superior a 600 mg/dL; osmolalidade sérica efetiva calculada superior a 300 mOsm/kg ou osmolalidade total superior a 320 mOsm/kg; ausência de cetonemia significativa (beta-hidroxibutirato inferior a 3,0 mmol/L ou cetonúria de até 2+); e ausência de acidose (pH igual ou superior a 7,3 e bicarbonato igual ou superior a 15 mmol/L) (consenso 2024).
- **Quadro misto:** hiperosmolalidade associada a cetonemia ou acidose significativas, a ser tratado como CAD.
- **Osmolalidade sérica efetiva:** 2 × sódio (mmol/L) + glicose (mg/dL) ÷ 18.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com emergência glicêmica deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

GLICEMIA CAPILAR → ABCDE → HIPOGLICEMIA: CORREÇÃO IMEDIATA / HIPERGLICEMIA: CETONEMIA, GASOMETRIA E ELETRÓLITOS → CLASSIFICAÇÃO (CAD, EHH, MISTO) → FLUIDOS, POTÁSSIO E INSULINA → FATOR DESENCADEANTE → REAVALIAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- **Hipoglicemia:** sudorese, tremor, palpitação, fome, ansiedade, confusão, alteração de comportamento, sonolência, convulsão ou coma em pessoa com diabetes, especialmente em uso de insulina ou sulfonilureia, ou em pessoa com uso abusivo de álcool, desnutrição, sepse ou insuficiência hepática ou renal.
- **CAD:** poliúria, polidipsia, náuseas, vômitos, dor abdominal, desidratação, taquipneia (respiração de Kussmaul), hálito cetônico, sonolência.
- **EHH:** desidratação grave, poliúria, alteração do nível de consciência, déficits neurológicos focais, convulsões, especialmente em idosos com diabetes tipo 2.

A glicemia capilar deverá ser realizada imediatamente em todo paciente com alteração do nível de consciência, convulsão, déficit neurológico, sintomas compatíveis ou diabetes conhecido com mal-estar agudo.

4.2 Critérios clínicos

- Tipo de diabetes, medicamentos em uso (insulina, sulfonilureias, iSGLT2), doses, horários e adesão.
- Fatores desencadeantes: infecções, omissão de insulina, infarto agudo do miocárdio, AVC, pancreatite, uso de corticosteroides, álcool e drogas, gestação, trauma, diabetes de diagnóstico recente.
- Causa da hipoglicemia: dose excessiva, refeição omitida, exercício, álcool, insuficiência renal, ingestão intencional de hipoglicemiantes.

4.3 Avaliação inicial

- Glicemia capilar; confirmar valores extremos (leitura "HI" ou "LO") com glicemia laboratorial, sem retardar o tratamento.
- Sinais vitais, nível de consciência (Glasgow), grau de desidratação e diurese.
- Peso aferido ou estimado.
- Cetonemia capilar (beta-hidroxibutirato), quando disponível, ou cetonúria.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Hipoglicemia com alteração do nível de consciência, CAD ou EHH suspeitos, desidratação grave, instabilidade hemodinâmica ou rebaixamento do nível de consciência exigem atendimento na sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** proteção da via aérea em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou vômitos; posicionamento lateral; protocolo SINOP-PROT.ENF018, se necessário.
- **B – Respiração:** frequência respiratória (a taquipneia pode ser compensação da acidose), SpO2.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão, dois acessos venosos periféricos calibrosos, monitorização cardíaca (risco de arritmias por alterações do potássio).
- **D – Neurológico:** Glasgow, déficits focais, glicemia.
- **E – Exposição:** pesquisa de foco infeccioso, lesões de pele e temperatura.

4.6 Exames complementares

Conforme disponibilidade, sem retardar o início do tratamento:

- glicemia plasmática;
- beta-hidroxibutirato (capilar ou sérico) – recomendado pelo consenso de 2024 para diagnóstico e monitorização; na indisponibilidade, cetonúria;
- gasometria venosa (pH e bicarbonato);
- sódio, potássio, cloro, ureia, creatinina, fósforo e magnésio;
- hemograma;
- eletrocardiograma (ECG), para avaliação de alterações relacionadas ao potássio e de isquemia;

- exames para o fator desencadeante: urina, radiografia de tórax, troponina, lipase, culturas e teste de gravidez, conforme a suspeita.

O ânion gap não é recomendado como critério diagnóstico de primeira linha, mas pode auxiliar quando a cetonemia não estiver disponível.

4.7 Monitorização

- **CAD:** glicemia capilar a cada 1 a 2 horas; eletrólitos, creatinina, beta-hidroxibutirato e pH venoso a cada 4 horas até a resolução; potássio na admissão, 2 horas após o início da insulina e a cada 4 horas.
- **EHH:** glicemia, creatinina, eletrólitos e osmolalidade a cada 4 horas; nível de consciência seriado.
- Monitorização cardíaca contínua, sinais vitais, diurese horária e balanço hídrico.
- Sinais de sobrecarga volêmica, em especial em idosos e em pacientes com insuficiência cardíaca ou renal.
- Após hipoglicemia: glicemia capilar 15 minutos após o tratamento e, a seguir, de forma seriada.

4.8 Condutas iniciais

Hipoglicemia

- **Paciente consciente e capaz de deglutir:** 15 a 20 g de glicose (ou carboidrato simples equivalente) por via oral; repetir a glicemia em 15 minutos e repetir o tratamento se permanecer inferior a 70 mg/dL; após a normalização, oferecer refeição ou lanche para prevenir recorrência (ADA).
- **Paciente com rebaixamento do nível de consciência ou incapaz de deglutir:** glicose hipertônica intravenosa, conforme a padronização institucional (Anexo II), e manter infusão de solução glicosada quando houver risco de recorrência; na ausência de acesso venoso, glucagon intramuscular ou subcutâneo, conforme disponibilidade.
- Em pacientes com risco de deficiência de tiamina (uso abusivo de álcool, desnutrição), administrar tiamina, sem retardar a glicose (protocolo 2.21).

CAD e EHH

- Iniciar reposição volêmica imediatamente após a confirmação diagnóstica e a coleta de exames.
- Dosar o potássio antes de iniciar insulina; se não houver resultado disponível em tempo hábil, considerar o ECG e a decisão médica, preferencialmente aguardando o resultado.
- Acionar a central de regulação para leito com o nível de cuidado adequado à gravidade (Anexo III).

4.9 Tratamento

a) Fluidos

- Na ausência de comprometimento cardíaco ou renal: cristaloide isotônico, preferencialmente balanceado (por exemplo, Ringer com lactato) ou cloreto de sódio a 0,9%, de 500 a 1.000 mL por hora nas primeiras 2 a 4 horas; a seguir, conforme hemodinâmica, balanço hídrico e sódio (consenso 2024).
- Em idosos e em pacientes com insuficiência cardíaca ou renal: bolus menores (por exemplo, 250 mL), com reavaliação frequente.
- Quando a glicemia for inferior a 250 mg/dL, acrescentar solução glicosada a 5% ou 10%, mantendo a insulina até a resolução da cetoacidose.

b) Potássio

- Potássio inferior a 3,5 mmol/L: **não iniciar insulina**; repor potássio a 10 mmol por hora até valor superior a 3,5 mmol/L.
- Potássio entre 3,5 e 5,0 mmol/L: iniciar insulina e repor potássio para manter valores entre 4 e 5 mmol/L.
- Potássio superior a 5,0 mmol/L: não repor; reavaliar conforme a monitorização.
- Concentração máxima de potássio na solução, via de administração e velocidade deverão seguir a padronização institucional e a disponibilidade de monitorização.

c) Insulina

- **CAD grave (ou moderada com complicações):** infusão intravenosa contínua de insulina regular em dose fixa de 0,1 UI/kg/h, em bomba de infusão, ajustada para manter a glicemia em torno de 200 mg/dL, até a resolução da cetoacidose.
- **CAD leve ou moderada não complicada:** o consenso de 2024 admite insulina de ação rápida por via subcutânea a cada 1 a 2 horas, com supervisão de enfermagem próxima; na UPA, a escolha dependerá da estrutura, da monitorização disponível e do tempo previsto até a transferência.
- **EHH:** infusão intravenosa contínua de insulina regular em dose fixa de 0,05 UI/kg/h, iniciada após a reposição volêmica inicial; quadros mistos com cetonemia ou acidose significativas deverão receber 0,1 UI/kg/h.
- Pacientes em uso de insulina basal poderão mantê-la na dose habitual, conforme prescrição médica.
- **No EHH**, a redução da glicemia não deverá exceder 90 a 120 mg/dL por hora; a queda do sódio não deverá exceder 10 mmol/L em 24 horas; e a osmolalidade deverá cair de 3 a 8 mOsm/kg por hora, para reduzir o risco de complicações neurológicas.

d) Bicarbonato e fósforo

Não se recomenda administração rotineira. O bicarbonato poderá ser considerado somente em acidose grave (pH inferior a 7,0), e o fósforo, se inferior a 1,0 mmol/L, especialmente com fraqueza muscular ou comprometimento cardíaco ou respiratório, a critério médico.

e) Fator desencadeante

Investigar e tratar o fator desencadeante, em especial infecção e síndrome coronariana aguda. Suspender iSGLT2 na CAD.

4.10 Terapia medicamentosa

Ver Anexo II. As diluições da insulina regular intravenosa, do cloreto de potássio e das soluções glicosadas deverão ser padronizadas pela instituição.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Glicemia capilar seriada e dosagem de cetonemia capilar.
- Dois acessos venosos periféricos: um para fluidos e potássio e outro para a insulina, conforme padronização.
- Instalação e controle de infusão de insulina em bomba de infusão.
- Coleta de gasometria venosa e eletrólitos.
- Sondagem vesical para controle de diurese, quando prescrita.
- Balanço hídrico.

4.12 Critérios de gravidade

- CAD grave: beta-hidroxibutirato superior a 6 mmol/L, pH inferior a 7,0, bicarbonato inferior a 10 mmol/L, estupor ou coma.
- EHH (qualquer grau).
- Hipocalemia (potássio inferior a 3,5 mmol/L) ou hipercalemia com alterações no ECG.
- Instabilidade hemodinâmica ou oligúria persistente.
- Rebaixamento do nível de consciência.
- Doença grave concomitante (sepse, infarto, AVC, pancreatite).
- Hipoglicemia por sulfonilureia ou insulina de ação prolongada, ou hipoglicemia recorrente.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, estabilidade hemodinâmica após reposição inicial, potássio em faixa segura com reposição em curso, infusão de insulina estável em bomba, glicemia monitorada e diurese presente. Critérios de resolução (consenso 2024), para acompanhamento no serviço de destino: CAD – beta-hidroxibutirato inferior a 0,6 mmol/L e pH venoso igual ou superior a 7,3 ou bicarbonato igual ou superior a 18 mmol/L; EHH – osmolalidade inferior a 300 mOsm/kg, glicemia inferior a 250 mg/dL, diurese superior a 0,5 mL/kg/h e melhora do estado cognitivo.

4.14 Critérios para observação

- Hipoglicemia de causa identificada, com recuperação completa, em paciente em uso de insulina de ação rápida ou intermediária: observação com glicemias seriadas até estabilidade e alimentação adequada.
- Hipoglicemia por sulfonilureia ou insulina de ação prolongada: observação prolongada, com infusão de glicose e glicemias frequentes, ou transferência, pelo risco de recorrência.
- Hiperglicemia sem cetoacidose nem hiperosmolaridade: tratamento, hidratação e reavaliação.

A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação: todos os pacientes com CAD ou EHH; hipoglicemia com recorrência, causada por sulfonilureia, por insulina de ação prolongada ou por ingestão intencional; e hipoglicemia sem causa identificada ou com recuperação incompleta.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Conforme o consenso de 2024: CAD leve pode ser tratada em enfermaria ou unidade de observação hospitalar; CAD moderada, em unidade de cuidados intermediários; CAD grave, EHH ou doença crítica concomitante, em unidade de terapia intensiva (Anexo III). O transporte de pacientes com infusão de insulina ou de potássio deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com bomba de infusão e monitorização, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Hipoglicemia: alta, a critério médico, quando houver causa identificada e corrigida, recuperação completa do estado neurológico, glicemias estáveis após

alimentação, ausência de uso de sulfonilureia ou insulina de ação prolongada como causa, acompanhante responsável, orientações por escrito sobre prevenção e reconhecimento de hipoglicemia, ajuste terapêutico quando indicado e encaminhamento à Atenção Primária à Saúde. Hiperglicemia sem crise: alta com ajuste terapêutico, orientação e seguimento precoce. Não se aplica alta direta da UPA a pacientes com CAD ou EHH.

4.18 Registro em prontuário

- glicemias, cetonemia, gasometria e eletrólitos com horários;
- classificação diagnóstica e de gravidade;
- volume e tipo de fluidos, potássio, insulina (dose e velocidade) e glicose administrados, com horários e ajustes;
- balanço hídrico e diurese;
- fator desencadeante investigado;
- contato com a central de regulação e horário de saída;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Glicemia inferior a 70 mg/dL, potássio fora da faixa-alvo, queda rápida da glicemia no EHH ou piora neurológica deverão ser comunicados imediatamente ao médico.
- A prescrição deverá explicitar metas de glicemia, faixa de potássio e condutas de ajuste.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), com a planilha de acompanhamento (Anexo IV).

4.20 Segurança do paciente

- Insulina intravenosa, cloreto de potássio concentrado e glicose hipertônica são medicamentos de alta vigilância: prescrição completa, diluição padronizada, rotulagem, bomba de infusão e dupla checagem.

- Cloreto de potássio concentrado não deverá ser administrado em bolus nem sem diluição.
- Prevenção de hipoglicemia e de hipocalemia durante o tratamento.
- Verificação do glicosímetro e dos insumos conforme rotina institucional.
- Notificação de incidentes e eventos adversos ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **AACE** – American Association of Clinical Endocrinology
- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ADA** – American Diabetes Association
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **AVC** – Acidente vascular cerebral
- **CAD** – Cetoacidose diabética
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **DM** – Diabetes mellitus
- **DTS** – Diabetes Technology Society
- **EASD** – European Association for the Study of Diabetes
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **EHH** – Estado hiperglicêmico hiperosmolar
- **iSGLT2** – Inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2
- **IV** – Intravenoso
- **JBDS** – Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care
- **K+** – Potássio
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UI** – Unidades internacionais
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva
- **VO** – Via oral

6. REFERÊNCIA

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 6. Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes – 2026. Diabetes Care, v. 49, supl. 1, 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

MUSTAFA, O. G. et al. Management of hyperosmolar hyperglycaemic state (HHS) in adults: an updated guideline from the Joint British Diabetes Societies (JBDS) for Inpatient Care Group. Diabetic Medicine, v. 40, n. 3, e15005, 2023.

UMPIERREZ, G. E. et al. Hyperglycemic crises in adults with diabetes: a consensus report. Diabetes Care, v. 47, n. 8, p. 1257-1275, 2024.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS GLICÊMICAS NA UPA

PACIENTE COM SUSPEITA DE EMERGÊNCIA GLICÊMICA
GLICEMIA CAPILAR IMEDIATA • ABCDE

↓

GLICEMIA < 70 mg/dL (HIPOGLICEMIA) Consciente: 15–20 g glicose VO Inconsciente: glicose IV (ou glucagon) reavaliar em 15 min • alimentar	HIPERGLICEMIA cetonemia • gasometria venosa eletrólitos • osmolalidade
↓	↓
Sulfonilureia / insulina prolongada / recorrência / causa não identificada → observação prolongada ou transferência Demais → alta orientada	CAD: glicemia ≥ 200 ou DM + cetose + acidose EHH: glicemia ≥ 600 + hiperosmolalidade sem cetose/acidose significativas

↓

CAD/EHH: FLUIDOS 500–1.000 mL/h nas primeiras 2–4 h
(balanceado preferível; 250 mL se idoso/cardiopata/renal)

↓

POTÁSSIO ANTES DA INSULINA
< 3,5 → repor e NÃO iniciar insulina • 3,5–5,0 → repor • > 5,0 → não repor

↓

INSULINA IV: CAD 0,1 UI/kg/h • EHH 0,05 UI/kg/h
glicemia < 250 → soro glicosado • EHH: queda ≤ 90–120 mg/dL/h

↓

FATOR DESENCADEANTE • MONITORIZAÇÃO (glicemia 1–2 h; eletrólitos 4 h)

↓

TRANSFERÊNCIA: enfermaria/observação (CAD leve) • intermediária (moderada) • UTI (grave/EHH)

ANEXO II – MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES

Medicamento	Referência	Observações
Glicose por via oral	15 a 20 g, repetir após 15 minutos se necessário (ADA)	Paciente consciente e capaz de deglutir.
Glicose hipertônica IV	Conforme padronização institucional (referência usual: 25 g, equivalente a 50 mL de glicose a 50%)	Soluções hipertônicas são irritantes; preferir veia calibrosa; seguir com solução glicosada contínua quando houver risco de recorrência.
Glucagon	Conforme bula e disponibilidade	Hipoglicemia grave sem acesso venoso; menos eficaz em depleção de glicogênio (álcool, desnutrição).
Insulina regular IV contínua	CAD: 0,1 UI/kg/h; EHH: 0,05 UI/kg/h (consenso 2024)	Diluição padronizada, bomba de infusão; ajuste conforme glicemia.
Cloreto de potássio	10 mmol/h se potássio < 3,5 mmol/L; manter 4–5 mmol/L	Nunca em bolus; concentração e via conforme padronização.
Cristaloide	500 a 1.000 mL/h nas primeiras 2 a 4 horas	Bolus de 250 mL em idosos e cardiopatas ou nefropatas.
Solução glicosada a 5% ou 10%	Quando glicemia < 250 mg/dL	Permite manter a insulina até a resolução da cetoacidose.

ANEXO III – GRAVIDADE DA CAD E NÍVEL DE CUIDADO (CONSENSO 2024)

Parâmetro	Leve	Moderada	Grave
Beta-hidroxibutirato	3 a 6 mmol/L	3 a 6 mmol/L	> 6 mmol/L
pH venoso	> 7,25	7,0 a 7,25	< 7,0
Bicarbonato	15 a 18 mmol/L	10 a < 15 mmol/L	< 10 mmol/L
Estado mental	Normal	Normal ou sonolento	Estupor ou coma
Nível de cuidado	Enfermaria ou observação	Cuidados intermediários	Terapia intensiva
Não é necessário preencher todos os critérios; o julgamento clínico e os recursos disponíveis definem a gravidade. EHH e doença crítica concomitante: terapia intensiva.			

ANEXO IV – PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO HORÁRIO (CAD/EHH)

Hora	Glicemia	Cetonemia	K+	Fluido/volume	Insulina (UI/h)	Diurese	Glasgow

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:36:41 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:42:00 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:58:46 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

1815

ANEXO XXXI

Protocolo de Anafilaxia

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Anafilaxia

1817

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento precoce, o tratamento imediato com adrenalina intramuscular, o suporte das vias aéreas, da respiração e da circulação, o manejo da anafilaxia refratária, a observação e os critérios de alta ou transferência do paciente adulto com anafilaxia atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), bem como a orientação para prevenção de novos episódios.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se a todos os setores da UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, inclusive sala de medicação e sala de vacinação, quando existente, onde reações podem ocorrer após a administração de medicamentos, imunobiológicos ou contrastes.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** diagnóstico, prescrição, manejo da anafilaxia refratária, via aérea avançada, definição do tempo de observação e do destino, prescrição na alta e encaminhamento ao especialista.
- **Enfermeiro:** reconhecimento, acionamento imediato do médico, posicionamento, administração da adrenalina intramuscular conforme prescrição ou protocolo institucional aprovado, oxigenoterapia, acesso venoso, monitorização, processo de enfermagem, registro e notificação.
- **Técnico de enfermagem:** interrupção da exposição ao agente suspeito, posicionamento, acionamento da equipe, sinais vitais, monitorização e administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de adrenalina em todos os setores de risco, conferência dos kits de anafilaxia, notificação de reações adversas a medicamentos à farmacovigilância.

3. DEFINIÇÃO

- **Anafilaxia:** reação de hipersensibilidade sistêmica grave, de início geralmente rápido, potencialmente fatal, caracterizada por comprometimento das vias aéreas, da respiração e/ou da circulação, que pode ocorrer sem alterações cutâneas típicas

ou choque (World Allergy Organization – WAO, 2020; Resuscitation Council UK, 2021).

- **Critérios clínicos (WAO, 2020):** anafilaxia é altamente provável quando houver: (1) início agudo, em minutos a horas, de acometimento de pele e/ou mucosas (urticária, prurido, rubor, edema de lábios, língua ou úvula) associado a pelo menos um dos seguintes: comprometimento respiratório, redução da pressão arterial ou sinais de disfunção de órgão-alvo, ou sintomas gastrointestinais graves; ou (2) início agudo de hipotensão, broncoespasmo ou acometimento laríngeo após exposição a alérgeno conhecido ou altamente provável para o paciente, mesmo sem acometimento cutâneo.
- **Choque anafilático:** anafilaxia com comprometimento circulatório grave (hipotensão e sinais de hipoperfusão).
- **Anafilaxia refratária:** persistência de comprometimento respiratório ou circulatório apesar de duas doses adequadas de adrenalina intramuscular (Resuscitation Council UK, 2021).
- **Reação bifásica:** recorrência dos sintomas após resolução inicial, sem nova exposição ao agente, em geral nas horas seguintes.
- **Angioedema sem urticária:** edema de pele ou mucosas que pode decorrer de anafilaxia ou de mecanismos mediados por bradicinina (inibidores da enzima conversora da angiotensina, angioedema hereditário), estes com resposta limitada à adrenalina e exigindo avaliação específica.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com suspeita de anafilaxia deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → INTERRUPÇÃO DA EXPOSIÇÃO E PEDIDO DE AJUDA → POSICIONAMENTO → ADRENALINA INTRAMUSCULAR IMEDIATA → ABCDE, OXIGÊNIO, ACESSO VENOSO E FLUIDOS → REPETIR ADRENALINA APÓS 5 MINUTOS SE NECESSÁRIO → ANAFILAXIA REFRATÁRIA → OBSERVAÇÃO → ALTA OU TRANSFERÊNCIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Suspeitar de anafilaxia diante de início súbito e progressão rápida de:

- **Via aérea:** edema de língua, lábios ou garganta, rouquidão, estridor, dificuldade para deglutir.
- **Respiração:** dispneia, sibilância, tosse persistente, cianose, queda da saturação periférica de oxigênio (SpO2).
- **Circulação:** hipotensão, taquicardia, síncope, palidez, sudorese, alteração do nível de consciência, parada cardiorrespiratória.
- **Pele e mucosas:** urticária, rubor, prurido, angioedema – ausentes em até 20% dos casos.
- **Gastrointestinal:** dor abdominal em cólica, vômitos, diarreia.

O diagnóstico é reforçado pela exposição recente a alérgeno conhecido ou provável: medicamentos (antimicrobianos, anti-inflamatórios, bloqueadores neuromusculares, contrastes), picadas de insetos, alimentos, látex e imunobiológicos. Na dúvida, a adrenalina intramuscular deverá ser administrada, pois uma dose isolada é bem tolerada e de baixo risco (Resuscitation Council UK, 2021).

4.2 Critérios clínicos

- Aplicar os critérios clínicos da WAO (item 3).
- Identificar fatores associados a maior gravidade: asma não controlada, doença cardiovascular, idade avançada, uso de betabloqueadores ou de inibidores da enzima conversora da angiotensina, mastocitose.
- Diferenciar de: reação vasovagal (bradicardia e palidez, sem urticária nem broncoespasmo), crise de asma isolada, crise de pânico, urticária isolada sem comprometimento sistêmico, angioedema mediado por bradicinina.

4.3 Avaliação inicial

- Interromper imediatamente a infusão ou a exposição ao agente suspeito, mantendo o acesso venoso.
- Pedir ajuda e acionar o médico.

- Avaliação ABCDE simultânea ao tratamento.
- Sinais vitais, SpO2 e nível de consciência.
- Registro do horário de início dos sintomas e do agente suspeito.

4.4 Classificação de risco

A suspeita de anafilaxia tem prioridade máxima, com atendimento imediato na sala de emergência ou no local em que o paciente se encontrar, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. A administração da adrenalina não deverá ser retardada pelo transporte do paciente.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** edema de língua, lábios e orofaringe, estridor e rouquidão indicam risco de obstrução; o edema de via aérea pode tornar a intubação difícil, devendo o profissional mais experiente ser acionado precocemente, conforme o protocolo 2.18.
- **B – Respiração:** frequência respiratória, sibilância, SpO2; oxigênio em alta concentração.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão; acesso venoso calibroso; monitorização cardíaca.
- **D – Neurológico:** nível de consciência e glicemia capilar.
- **E – Exposição:** extensão das lesões cutâneas, local de picada ou de aplicação, remoção de ferrão quando presente.

4.6 Exames complementares

- O diagnóstico é clínico e o tratamento não deverá aguardar exames.
- **Triptase sérica**, quando disponível: coleta tão logo possível após o início do tratamento, idealmente entre 1 e 2 horas após o início dos sintomas (até 4 horas) e amostra basal após 24 horas ou em consulta especializada, para apoio diagnóstico posterior.
- Eletrocardiograma em pacientes com dor torácica, arritmia ou doença cardíaca.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardiaca continua, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva frequente.
- Reavaliação ABCDE após cada dose de adrenalina.
- Vigilância para reação bifásica durante todo o período de observação.

4.8 Condutas iniciais

Posicionamento

- Manter o paciente deitado, com membros inferiores elevados, se houver hipotensão ou sinais de choque.
- Se houver dificuldade respiratória sem hipotensão, permitir a posição sentada.
- Gestantes: decúbito lateral esquerdo.
- Não permitir que o paciente fique em pé ou caminhe, e evitar mudanças súbitas de posição, pelo risco de colapso circulatório.

Adrenalina intramuscular – primeira linha

A adrenalina intramuscular é o tratamento de primeira linha e deverá ser administrada imediatamente, na face anterolateral do terço médio da coxa, na dose de 0,01 mg/kg de adrenalina 1 mg/mL (1:1.000), até o máximo de 0,5 mg (0,5 mL) em adultos, podendo ser repetida após 5 minutos se não houver melhora dos problemas de via aérea, respiração ou circulação. Não há contraindicação absoluta à adrenalina intramuscular na anafilaxia.

Suporte

- Oxigênio em alta concentração, com titulação posterior conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017.
- Acesso venoso calibroso e cristaloide intravenoso em bolus (em adultos, 500 a 1.000 mL) na hipotensão, repetido conforme resposta, com reavaliação de sinais de sobrecarga.
- Broncoespasmo persistente após a adrenalina: beta-2 agonista inalatório (salbutamol), como adjuvante.

4.9 Tratamento

a) Anafilaxia refratária

Persistindo o comprometimento respiratório ou circulatório após duas doses de adrenalina intramuscular, a conduta deverá ser liderada pelo médico mais experiente disponível, com:

- acionamento imediato da central de regulação para terapia intensiva;
- adrenalina em infusão intravenosa contínua em baixa dose, em bomba de infusão, com monitorização continua, conforme padronização institucional, sem interromper as doses intramusculares enquanto a infusão é preparada;
- bolus intravenoso de adrenalina somente por profissional experiente em seu uso, pelo risco de arritmias e hipertensão; a dose de 1 mg intravenoso é exclusiva da parada cardiorrespiratória;
- reposição volêmica adicional e vasopressor, conforme avaliação médica;
- em pacientes em uso de betabloqueador com resposta insuficiente à adrenalina, considerar glucagon intravenoso, conforme prescrição médica e disponibilidade;
- manejo precoce da via aérea em caso de edema progressivo.

b) Parada cardiorrespiratória

Conduzir conforme o protocolo, com adrenalina intravenosa na dose da parada cardiorrespiratória e reposição volêmica vigorosa.

c) Medicamentos de segunda linha

- **Anti-histamínicos:** não tratam nem previnem as manifestações respiratórias ou circulatórias e não devem substituir nem retardar a adrenalina; podem ser utilizados após a estabilização para alivio de sintomas cutâneos, preferencialmente não sedantes por via oral (Resuscitation Council UK, 2021).
- **Corticosteroides:** não são recomendados de rotina no tratamento de emergência da anafilaxia (Resuscitation Council UK, 2021); podem ser considerados, a critério médico, em pacientes com asma associada ou choque refratário.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Dose (adulto)	Observações
Adrenalina 1 mg/mL (1:1.000) IM	0,01 mg/kg, máximo 0,5 mg (0,5 mL), face anterolateral da coxa; repetir após 5 minutos se não houver melhora	Primeira linha; não retardar; não utilizar via subcutânea.
Adrenalina IV em infusão contínua	Conforme padronização institucional	Anafilaxia refratária; bomba de infusão; monitorização contínua; profissional experiente.
Cristaloide IV	Bolus de 500 a 1.000 mL, repetido conforme resposta	Hipotensão.
Salbutamol inalatório	Conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017	Broncoespasmo persistente após adrenalina.
Anti-histamínico	Conforme prescrição médica	Somente após estabilização, para sintomas cutâneos.
Glucagon IV	Conforme prescrição médica	Resposta insuficiente à adrenalina em usuários de betabloqueador.

Deverá haver kit de anafilaxia com adrenalina 1 mg/mL, seringas de 1 mL, agulhas adequadas à via intramuscular e tabela de doses em todos os setores em que sejam administrados medicamentos ou imunobiológicos.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Interrupção da infusão do agente suspeito e troca do equipo.
- Administração de adrenalina intramuscular na coxa.
- Posicionamento conforme o quadro clínico.
- Oxigenoterapia e nebulização.
- Acesso venoso periférico calibroso e reposição volêmica.
- Instalação de infusão contínua em bomba, quando prescrita.
- Manejo de via aérea e RCP, quando necessários.

4.12 Critérios de gravidade

- Estridor, edema de língua ou orofaringe, rouquidão progressiva.
- Broncoespasmo grave, hipoxemia ou cianose.
- Hipotensão ou choque.

- Alteração do nível de consciência.
- Necessidade de mais de uma dose de adrenalina.
- Anafilaxia refratária.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado quando houver via aérea pérvia sem estridor, SpO2 adequada, ausência de broncoespasmo significativo, pressão arterial e perfusão normalizadas sem necessidade de doses adicionais de adrenalina e nível de consciência normal.

4.14 Critérios para observação

Após a resolução dos sintomas, todos os pacientes deverão permanecer em observação com monitorização, pelo risco de reação bifásica. Referências do Resuscitation Council UK (2021):

- **Alta precoce (após pelo menos 2 horas da resolução):** boa resposta a uma única dose de adrenalina, resolução completa, sem antecedente de reação bifásica, com adrenalina autoinjetável disponível e treinamento para seu uso, supervisão adequada após a alta.
- **Observação mínima de 6 horas após a resolução:** necessidade de duas doses de adrenalina intramuscular ou antecedente de reação bifásica.
- **Observação mínima de 12 horas (em geral com internação):** reação grave com necessidade de mais de duas doses de adrenalina, asma grave associada, possibilidade de absorção contínua do alérgeno, apresentação tardia ou dificuldade de acesso a atendimento de urgência após a alta.

A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação, os pacientes com anafilaxia refratária,

necessidade de via aérea avançada, choque persistente, necessidade de observação superior à capacidade da unidade ou recorrência dos sintomas.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Anafilaxia refratária, via aérea avançada ou choque: unidade de terapia intensiva. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com adrenalina disponível, monitorização contínua e material de via aérea, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, após o período de observação indicado, com resolução completa e sustentada dos sintomas. Na alta, o paciente deverá receber:

- orientação por escrito sobre a reação, o agente suspeito e a evitação da exposição;
- orientação sobre sinais de recorrência e retorno imediato;
- prescrição de adrenalina autoinjetável e treinamento para seu uso, quando indicado e disponível; a disponibilidade desse dispositivo no Sistema Único de Saúde deverá ser verificada;
- encaminhamento ao alergista/imunologista, via regulação ambulatorial;
- registro da alergia em documento entregue ao paciente e no prontuário.

4.18 Registro em prontuário

- horário de início dos sintomas, agente suspeito e via de exposição;
- manifestações clínicas por sistema;
- horários, doses e vias da adrenalina e dos demais medicamentos;
- resposta ao tratamento e sinais vitais seriados;
- coleta de triptase, quando realizada, com horário;
- tempo de observação e condição na alta ou na transferência;
- registro destacado da alergia no prontuário e na identificação do paciente;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Toda suspeita de anafilaxia deverá ser comunicada imediatamente ao médico, sem retardar a adrenalina quando houver protocolo institucional aprovado.
- A alergia deverá ser comunicada a toda a equipe, à farmácia e ao serviço de destino.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), incluindo o número de doses de adrenalina e os horários.

4.20 Segurança do paciente

- Verificação de alergias antes da administração de qualquer medicamento ou imunobiológico, com registro destacado e pulseira de identificação de alergia, conforme o protocolo institucional de identificação.
- Adrenalina é medicamento de alta vigilância: confusão entre as vias intramuscular e intravenosa e entre as concentrações pode causar eventos graves; utilizar tabela de doses e dupla checagem.
- Observação dos pacientes após a administração de medicamentos parenterais e imunobiológicos, conforme as normas vigentes.
- Notificação das reações adversas a medicamentos e dos eventos adversos pós-vacinação aos sistemas oficiais de farmacovigilância e de vigilância em saúde.
- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **IM** – Intramuscular

- **IV** – Intravenoso
- **O2** – Oxigênio
- **PCR** – Parada cardiorrespiratória
- **RCP** – Ressuscitação cardiopulmonar
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **UTI** – Unidade de terapia intensiva
- **WAO** – World Allergy Organization

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CAO, D. et al. Part 10: adult and pediatric special circumstances of resuscitation: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 152, supl. 2, p. S578-S672, 2025. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001380.

CARDONA, V. et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidance 2020. World Allergy Organization Journal, v. 13, n. 10, 100472, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

DODD, A. et al. Evidence update for the treatment of anaphylaxis. Resuscitation, v. 163, p. 86-96, 2021. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2021.04.010.

GOLDEN, D. B. K. et al. Anaphylaxis: a 2023 practice parameter update. Annals of Allergy, Asthma & Immunology, v. 132, n. 2, p. 124-176, 2024.

RESUSCITATION COUNCIL UK. Emergency treatment of anaphylaxis: guidelines for healthcare providers. London: Resuscitation Council UK, 2021.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À ANAFILAXIA NA UPA

SUSPEITA DE ANAFILAXIA
início súbito • problema de via aérea, respiração e/ou circulação
± pele/mucosas • exposição a possível alérgeno

↓

INTERROMPER EXPOSIÇÃO • PEDIR AJUDA • POSICIONAR
(deitado com pernas elevadas; sentado se dispneia sem hipotensão; NÃO levantar)

↓

ADRENALINA IM IMEDIATA – 0,01 mg/kg (máx. 0,5 mg) de 1 mg/mL
face anterolateral da coxa

↓

ABCDE • O2 alto fluxo • monitorização • acesso venoso
cristaloide 500–1.000 mL se hipotensão

↓

SEM MELHORA EM 5 MINUTOS → REPETIR ADRENALINA IM

↓

MELHORA	REFRATÁRIA (após 2 doses)
observação (2 a 12 h conforme gravidade) • anti-histamínico só para sintomas cutâneos	médico experiente • infusão IV de adrenalina • fluidos • via aérea glucagon se betabloqueador
↓	↓
ALTA: orientação escrita • adrenalina autoinjetável se disponível • encaminhamento ao alergista	TRANSFERÊNCIA PARA UTI suporte avançado

↓

PCR → PROTOCOLO SINOP-PROT.ENF016

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:37:45 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:36:13 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 13:59:14 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXXII

Protocolo de Intoxicação Exógena e Envenenamentos

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Intoxicação Exógena e Envenenamentos

1834

1. OBJETIVO

Padronizar o atendimento inicial do paciente adulto com intoxicação exógena ou envenenamento, inclusive por animais peçonhentos, atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA): avaliação e estabilização, identificação do agente e da síndrome tóxica, medidas de suporte, descontaminação quando indicada, uso de antídotos e soros antivenenos, articulação com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox), notificação compulsória e definição do destino, incluindo a avaliação do risco de autoagressão.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de observação, sala de emergência, farmácia, laboratório de apoio e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos com exposição a medicamentos, drogas de abuso, álcool, produtos domissanitários, agrotóxicos, raticidas, gases, plantas e animais peçonhentos (serpentes, escorpiões, aranhas, lagartas, abelhas). Crianças deverão seguir o protocolo SINOP-PROT.ENF029; tentativas de suicídio deverão ser conduzidas também conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF030.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação, identificação da síndrome tóxica, contato com o CIATox, prescrição de antídotos e soros, indicação de descontaminação e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, monitorização, administração de antídotos e soros prescritos com vigilância de reações, cuidados com a descontaminação, notificação, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, glicemia capilar, monitorização, descontaminação cutânea, administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de antídotos padronizados, orientação sobre doses e preparo, apoio na identificação de medicamentos e articulação com o CIATox.

- **Equipe multiprofissional:** acolhimento e apoio ao paciente e à família nas exposições intencionais, com articulação com a rede de atenção psicossocial.

3. DEFINIÇÃO

- **Intoxicação exógena:** conjunto de efeitos nocivos decorrentes da exposição a substâncias químicas, por qualquer via (oral, inalatória, cutânea, ocular, parenteral), de forma acidental ou intencional.
- **Envenenamento por animal peçonhento:** quadro decorrente da inoculação de veneno por animais dotados de aparelho inoculador, como serpentes (Bothrops, Crotalus, Lachesis, Micrurus), escorpiões (Tityus), aranhas (Loxosceles, Phoneutria, Latrodectus), lagartas (Lonomia) e himenópteros.
- **Síndrome tóxica (toxíndrome):** conjunto de sinais e sintomas que sugere uma classe de agentes (Anexo II).
- **Descontaminação:** medidas para reduzir a absorção do agente: remoção de roupas e lavagem da pele, irrigação ocular e, em situações selecionadas, carvão ativado.
- **Antídoto:** medicamento que antagoniza ou reduz os efeitos de um agente tóxico específico.
- **CIATox:** Centro de Informação e Assistência Toxicológica, serviço de apoio especializado para orientação diagnóstica e terapêutica em intoxicações e acidentes por animais peçonhentos, integrante da rede nacional (Disque-Intoxicação: 0800 722 6001).

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente intoxicado ou envenenado deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

SEGURANÇA DA EQUIPE → ABCDE E ESTABILIZAÇÃO → GLICEMIA CAPILAR → IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE E DA SÍNDROME TÓXICA → CONTATO COM O CIATox → DESCONTAMINAÇÃO, QUANDO INDICADA → ANTÍDOTO OU SORO, QUANDO INDICADO → OBSERVAÇÃO E REAVALIAÇÃO → NOTIFICAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Suspeitar de intoxicação diante de alteração do nível de consciência, convulsão, arritmia, alteração pupilar, depressão respiratória, sintomas colinérgicos ou anticolinérgicos, acidose inexplicada, comportamento alterado, relato de exposição ou embalagens encontradas.
- **Segurança da equipe:** em exposições a agrotóxicos, gases ou produtos corrosivos, utilizar equipamentos de proteção individual e realizar descontaminação antes da entrada em áreas comuns.
- Identificar o paciente conforme o protocolo institucional e solicitar ao acompanhante as embalagens, receitas ou o animal (sem manipulação de risco; fotografia, quando possível).

4.2 Critérios clínicos

Obter, sempre que possível:

- agente(s), apresentação, concentração, quantidade e via de exposição;
- horário da exposição;
- intencionalidade (acidental, tentativa de suicídio, uso recreativo, ocupacional);
- sintomas e tratamento prévio;
- comorbidades, medicamentos em uso, gestação;
- nos acidentes por animais peçonhentos: tipo de animal, local da picada, tempo decorrido, manifestações locais e sistêmicas, medidas já realizadas (torniquete, incisão e sucção são contraindicados).

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos, incluindo temperatura, saturação periférica de oxigênio (SpO2) e glicemia capilar.
- Escala de Coma de Glasgow, pupilas, pele (sudorese, secura, rubor), ruídos hidroaéreos, bexiga, tônus e reflexos, para identificação da síndrome tóxica (Anexo II).

- Eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações: frequência, ritmo, intervalos PR, QRS e QTc.
- Nos acidentes por animais peçonhentos: edema, dor, equimose, sangramento, necrose, alteração da coagulação, fácies miastênica, ptose palpebral, alteração da urina e manifestações autonômicas.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Pacientes com alteração do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica ou respiratória, convulsão, exposição a agentes de alta toxicidade, ingestão intencional ou acidente por serpente ou escorpião com manifestações sistêmicas deverão ser atendidos na sala de emergência. A ausência inicial de sintomas não afasta gravidade, pois muitos agentes têm efeito tardio.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade e proteção; aspiração; via aérea avançada conforme o protocolo 2.18, sem retardar antídotos que possam reverter o quadro.
- **B – Respiração:** frequência respiratória, SpO2, broncorreia e broncoespasmo (intoxicação colinérgica); oxigênio conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017 (oxigênio a 100% na suspeita de monóxido de carbono).
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, ritmo, perfusão, acesso venoso calibroso, monitorização cardíaca e reposição volêmica na hipotensão.
- **D – Neurológico:** Glasgow, pupilas, glicemia capilar (corrigir hipoglicemia – protocolo SINOP-PROT.ENF023), convulsões (protocolo SINOP-PROT.ENF020; benzodiazepínico como primeira escolha nas convulsões tóxicas).
- **E – Exposição:** temperatura (hipertermia ou hipotermia), lesões de pele, marcas de punção, local da picada; remoção de roupas contaminadas.

4.6 Exames complementares

Conforme disponibilidade e suspeita, sem retardar medidas de suporte:

- glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina, gasometria;
- ECG seriado nas intoxicações por agentes cardiotóxicos;
- nivel sérico de paracetamol entre 4 e 24 horas após a ingestão, em toda ingestão intencional, pela possibilidade de intoxicação associada sem sintomas iniciais;
- transaminases, coagulograma, creatinoquinase, conforme o agente;
- tempo de coagulação e coagulograma nos acidentes ofídicos, conforme o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde;
- urina tipo I nos acidentes crotálicos e loxoscélicos (mioglobinúria e hemoglobinúria);
- teste de gravidez em mulheres em idade fértil;
- exames toxicológicos, quando disponíveis, sem retardar o tratamento.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca continua, oximetria e pressão arterial em pacientes sintomáticos ou expostos a agentes cardiotóxicos.
- Glasgow, pupilas, frequência respiratória e temperatura seriados.
- Diurese e aspecto da urina nos acidentes ofídicos.
- Vigilância de reações precoces (anafiláticas) durante a administração de soros antivenenos.

4.8 Condutas iniciais

Contato com o CIATox

O CIATox deverá ser contatado precocemente em todas as intoxicações graves, por agente desconhecido ou pouco frequente, e nos acidentes por animais peçonhentos, para orientação diagnóstica e terapêutica: Disque-Intoxicação 0800 722 6001 e CIATox de referência regional Hospital Regional Jorge de Abreu, Rua das Caviunas, 1759 – SINOP-MT , telefone: (66) 3511-9900.

Descontaminação

- **Cutânea:** remover roupas e lavar a pele com água corrente abundante, com proteção da equipe (agrotóxicos, produtos químicos).

- **Ocular:** irrigação continua com solução fisiológica ou água corrente por tempo prolongado; encaminhamento a oftalmologia nos casos de agentes corrosivos.
- **Carvão ativado (dose única):** pode ser considerado quando a ingestão de substância adsorvível em quantidade potencialmente tóxica ocorreu, em geral, há até 1 hora, com via aérea protegida ou paciente alerta e colaborativo; dose de referência para adultos de 50 g por via oral ou por sonda (AACT/EAPCCT).
- **Contraindicações ao carvão ativado:** via aérea não protegida, ingestão de corrosivos, hidrocarbonetos, álcoois, metais (lítio, ferro), obstrução ou perfuração intestinal.
- **Lavagem gástrica:** não deverá ser realizada de rotina; indicação excepcional, por decisão médica, com orientação do CIATox.
- **Indução de vômito:** contraindicada.

4.9 Tratamento

a) Medidas de suporte

A maior parte das intoxicações é tratada com suporte adequado: via aérea, oxigenação, ventilação, correção de hipotensão, de hipoglicemia e de distúrbios hidroeletrolíticos, controle de convulsões e de temperatura. Arritmias com QRS alargado em intoxicação por antidepressivos tricíclicos ou outros bloqueadores de canais de sódio exigem bicarbonato de sódio (Anexo III).

b) Antídotos

Os principais antídotos, suas indicações e as doses de referência constam do Anexo III. A indicação deverá ser médica e, sempre que possível, orientada pelo CIATox. A unidade deverá manter lista de antídotos padronizados e disponíveis, com fluxo de obtenção dos não disponíveis.

c) Acidentes por animais peçonhentos

- Manter o paciente em repouso, com o membro afetado em posição funcional, retirar anéis e adornos; não realizar torniquete, incisão, sucção nem aplicação de substâncias no local.

- Analgesia conforme prescrição; nos acidentes escorpiônicos, anestesia local conforme prescrição médica.
- Classificar a gravidade e indicar o soro antiveneno específico (antibotrópico, anticrotálico, antibotrópico-laquético, antielapídico, antiescorpiônico, antiaracnídico, antiloxoscélico, antilonômico), com o número de ampolas definido pela classificação de gravidade do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde vigente e orientação do CIATox.
- Soros antivenenos são administrados por via intravenosa, sob supervisão médica, em ambiente com material de reanimação e adrenalina disponíveis, com monitorização de reações precoces (protocolo SINOP-PROT.ENF024).
- A soroterapia na própria UPA depende de a unidade ser ponto de referência para soroterapia na rede; caso contrário, transferir para o ponto de referência Hospital Regional Jorge de Abreu.

4.10 Terapia medicamentosa

Ver Anexo III. Doses conferidas com a padronização institucional, a bula e o CIATox.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Descontaminação cutânea e ocular.
- Administração de carvão ativado, quando indicado.
- Punção venosa, coleta de exames e tempo de coagulação.
- Monitorização multiparamétrica e ECG seriado.
- Administração de antídotos e soros antivenenos com vigilância de reações.
- Manejo de via aérea (protocolo SINOP-MT.ENF018).

4.12 Critérios de gravidade

- Rebaixamento do nível de consciência, convulsões ou depressão respiratória.
- Hipotensão, arritmias, alargamento do QRS ou prolongamento importante do QTc.
- Acidose metabólica grave, hipoglicemia refratária, hipertermia.
- Síndrome colinérgica grave com broncorreia ou insuficiência respiratória.

- Acidente ofídico com incoagulabilidade sanguínea, sangramento sistêmico, oligúria, insuficiência respiratória ou fácies miastênica.
- Acidente escorpiônico com manifestações sistêmicas (vômitos profusos, sudorese, agitação, taquicardia, hipertensão ou hipotensão, edema pulmonar).
- Ingestão de agentes de alta letalidade ou de grande quantidade, mesmo com o paciente assintomático.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, oxigenação e hemodinâmica adequadas, convulsões controladas, glicemia corrigida, antídoto ou soro iniciado quando indicado e disponível, e monitorização contínua.

4.14 Critérios para observação

- Pacientes assintomáticos ou com sintomas leves poderão permanecer em observação pelo tempo necessário para excluir efeitos tardios, definido conforme o agente e a orientação do CIATox (agentes de liberação prolongada e alguns agentes cardiotóxicos exigem observação prolongada).
- Acidentes por animais peçonhentos: período de observação conforme o animal e a gravidade, segundo o Guia de Vigilância em Saúde.
- A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação: pacientes com critérios de gravidade; necessidade de antídoto ou soro indisponível na unidade; necessidade de observação superior à capacidade da unidade; ingestão intencional que exija avaliação psiquiátrica em ambiente protegido; e acidentes por animais peçonhentos com indicação de soroterapia não realizada na unidade.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Terapia intensiva para intoxicações graves, necessidade de ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica, arritmias ou necessidade de terapias específicas (hemodiálise, infusões de antídotos prolongadas). O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado nos casos graves, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico e, quando necessário, após contato com o CIATox, quando: o período de observação para o agente tiver sido cumprido, o paciente estiver assintomático e com exames sem alterações relevantes, houver acompanhante responsável e orientação por escrito. Nas exposições intencionais, a alta somente poderá ocorrer após avaliação do risco de suicídio e definição de seguimento na rede de atenção psicossocial, conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF030.

4.18 Registro em prontuário

- agente, quantidade, via, horário e intencionalidade da exposição;
- síndrome tóxica identificada, sinais vitais e ECG seriados;
- contato com o CIATox, número do atendimento e orientações recebidas;
- descontaminação, antídotos e soros administrados, com doses, horários, lotes e reações;
- notificação realizada;
- avaliação de risco e encaminhamentos nas exposições intencionais;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

Notificação compulsória

Intoxicações exógenas e acidentes por animais peçonhentos são de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e a violência autoprovocada (tentativa de suicídio) é de notificação imediata ao serviço

municipal de vigilância, conforme a lista nacional vigente (Portaria de Consolidação GM/MS nº 4/2017 e atualizações).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Comunicação imediata ao médico de alterações do ECG, do nível de consciência, da respiração ou de reações ao soro.
- Registro e repasse das orientações do CIATox à equipe e ao serviço de destino.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR).
- Nas exposições intencionais, comunicação com a equipe de saúde mental e com a rede de atenção psicossocial, com preservação do sigilo.

4.20 Segurança do paciente

- Proteção da equipe e descontaminação antes da entrada em áreas comuns.
- Vigilância contínua de pacientes com risco de autoagressão, com remoção de objetos de risco (protocolo SINOP-PROT.ENF30).
- Antídotos e soros são medicamentos de alta vigilância: prescrição completa, conferência de dose e dupla checagem.
- Prevenção de broncoaspiração em pacientes com rebaixamento do nível de consciência.
- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **AACT/EAPCCT** – American Academy of Clinical Toxicology/European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists
- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CIATox** – Centro de Informação e Assistência Toxicológica

- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **EPI** – Equipamento de proteção individual
- **FC** – Frequência cardiaca
- **ISRS** – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
- **IV** – Intravenoso
- **PCR** – Parada cardiorrespiratória
- **QRS** – Complexo de despolarização ventricular no ECG
- **QTc** – Intervalo QT corrigido
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

BENSON, B. E. et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. Clinical Toxicology, v. 51, n. 3, p. 140-146, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. [capitulo de acidentes por animais peçonhentos – conferir edição vigente]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III

– Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Anexo V – Lista Nacional de Notificação Compulsória, e atualizações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CHYKA, P. A. et al. Position paper: single-dose activated charcoal. Clinical Toxicology, v. 43, n. 2, p. 61-87, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

EDDLESTON, M. et al. Management of acute organophosphorus pesticide poisoning. The Lancet, v. 371, n. 9612, p. 597-607, 2008.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE INTOXICADO OU ENVENENADO



ANEXO II – PRINCIPAIS SÍNDROMES TÓXICAS

Síndrome	Sinais principais	Agentes frequentes
Colinérgica	Miose, sialorreia, lacrimejamento, broncorreia, broncoespasmo, bradicardia, sudorese, vômitos, diarreia, fasciculações, fraqueza	Organofosforados e carbamatos (inclusive "chumbinho")
Anticolinérgica	Midríase, pele seca e quente, rubor, taquicardia, hipertermia, retenção urinária, redução de ruídos hidroaéreos, delirium	Anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, antiparkinsonianos, plantas (trombeteira)
Simpaticomimética	Midríase, taquicardia, hipertensão, hipertermia, sudorese, agitação, convulsões	Cocaína, anfetaminas, descongestionantes
Opioide	Miose, depressão respiratória, rebaixamento do nível de consciência, bradicardia, hipotensão	Morfina, tramadol, codeína, fentanil e outros
Sedativo-hipnótica	Rebaixamento do nível de consciência, depressão respiratória, pupilas normais ou mióticas, sinais vitais normais ou reduzidos	Benzodiazepínicos, barbitúricos, álcool, anticonvulsivantes
Serotoninérgica	Agitação, tremor, clônus, hiperreflexia, hipertermia, diarreia, sudorese	Antidepressivos (ISRS), tramadol, associações

ANEXO III – ANTÍDOTOS E TRATAMENTOS ESPECÍFICOS DE REFERÊNCIA (ADULTOS)

Doses de referência, a serem conferidas com o CIATox, a bula e a padronização institucional antes da utilização.

Agente	Antídoto / tratamento	Referência de uso
Opioides	Naloxona	Doses baixas IV tituladas até recuperação da ventilação (por exemplo, 0,04 a 0,4 mg, repetidas), para evitar abstinência aguda; doses maiores na PCR ou depressão grave; infusão se efeito recorrente.
Paracetamol	N-acetilcisteína	Regime IV clássico de 21 horas: 150 mg/kg em 1 h, 50 mg/kg em 4 h e 100 mg/kg em 16 h, conforme nomograma e nível sérico; regimes alternativos conforme padronização.
Organofosforados e carbamatos	Atropina (± pralidoxima)	Atropina IV em doses crescentes (por exemplo, 1 a 2 mg, dobrando a cada 5 minutos) até secagem das secreções brônquicas e FC > 80 bpm; pralidoxima conforme disponibilidade e orientação do CIATox.
Antidepressivos tricíclicos e bloqueadores de canais de sódio	Bicarbonato de sódio	1 a 2 mEq/kg IV em bolus se QRS > 100 ms ou arritmia ventricular; repetir conforme ECG e pH.
Benzodiazepínicos	Flumazenil	Não utilizar de rotina (risco de convulsões); uso restrito, por decisão médica, em situações selecionadas sem risco de convulsão.
Sulfonilureias	Glicose; octreotida	Glicose conforme protocolo 2.23; octreotida por orientação do CIATox na hipoglicemia recorrente; observação prolongada.
Betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio	Cálcio, glucagon, insulina em altas doses, vasopressores	Tratamento em terapia intensiva, orientado pelo CIATox.

Agente	Antidoto / tratamento	Referência de uso
Monóxido de carbono	Oxigênio a 100%	Máscara com reservatório; avaliar indicação de oxigenoterapia hiperbárica com o CIATox.
Cianeto (incêndios em ambiente fechado)	Hidroxocobalamina	Conforme disponibilidade e orientação do CIATox.
Metanol e etilenoglicol	Etanol ou fomepizol; hemodiálise	Serviço de referência, orientado pelo CIATox.
Raticidas cumarínicos	Vitamina K1	Conforme coagulograma e orientação do CIATox.
Animais peçonhentos	Soro antiveneno específico	Número de ampolas conforme a classificação de gravidade do Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:39:42 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:30:34 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 15:25:53 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXXIII

Protocolo de Hemorragia Digestiva

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Hemorragia Digestiva

1854

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento, a avaliação hemodinâmica, a ressuscitação, a estratificação de risco, o tratamento farmacológico inicial e o encaminhamento do paciente adulto com hemorragia digestiva alta ou baixa atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), considerando que o tratamento definitivo (endoscopia, colonoscopia, radiologia intervencionista ou cirurgia) é realizado no serviço de referência.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio, agência transfusional, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos. Crianças deverão seguir o protocolo SINOP-PROT.ENF029; hemorragias ginecológicas e obstétricas, o protocolo SINOP-PROT.ENF028; e hemorragia por trauma, o protocolo SINOP-PROT.ENF019.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação clínica, estratificação de risco, prescrição de fluidos, hemocomponentes e medicamentos, manejo de anticoagulantes e antiagregantes, indicação de via aérea avançada, contato com o serviço de endoscopia e a central de regulação, e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, monitorização, acessos venosos, coleta de exames e de amostras pré-transfusionais, administração de medicamentos e hemocomponentes prescritos com vigilância de reações transfusionais, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, acesso venoso, coleta de amostras, cuidados de enfermagem e administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, controle de perdas e registro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de inibidor de bomba de prótons intravenoso, terlipressina ou octreotida, antimicrobianos, eritromicina e agentes de reversão de anticoagulação.

3. DEFINIÇÃO

- **Hemorragia digestiva alta (HDA):** sangramento com origem proximal ao ângulo de Treitz, manifestado por hematêmese, vômitos em "borra de café" e/ou melena; pode causar hematoquezia quando volumosa.
- **Hemorragia digestiva baixa (HDB):** sangramento com origem distal ao ângulo de Treitz, habitualmente manifestado por hematoquezia ou enterorragia.
- **HDA não varicosa:** sangramento de origem não relacionada a varizes, sendo a úlcera péptica a causa mais frequente.
- **HDA varicosa:** sangramento por varizes esofágicas ou gástricas em pacientes com hipertensão portal, geralmente associada à cirrose.
- **Instabilidade hemodinâmica:** taquicardia, hipotensão, sinais de hipoperfusão, síncope ou alteração do nível de consciência atribuíveis à perda sanguínea.
- **Escore de Glasgow-Blatchford (GBS):** escore pré-endoscópico de estratificação de risco na HDA, que utiliza ureia, hemoglobina, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, melena, síncope, doença hepática e insuficiência cardíaca (Anexo II).

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com hemorragia digestiva deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → ABCDE E AVALIAÇÃO HEMODINÂMICA → RESSUSCITAÇÃO (CRISTALOIDE E TRANSFUSÃO RESTRITIVA) → ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO → TERAPIA FARMACOLÓGICA CONFORME SUSPEITA (VARICOSA OU NÃO VARICOSA) → MANEJO DE ANTITROMBÓTICOS → TRANSFERÊNCIA PARA ENDOSCOPIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Hematêmese, vômitos em "borra de café", melena, hematoquezia ou enterorragia.
- Sinais de perda sanguínea: fraqueza, tontura, síncope, palidez, taquicardia, hipotensão, alteração do nível de consciência.

- Confirmar, pela história e pelo exame, que o sangramento é de origem digestiva (diferenciar de epistaxe deglutida, hemoptise e sangramento vaginal).

4.2 Critérios clínicos

- Doença hepática ou cirrose, etilismo, varizes conhecidas ou sangramento varicoso prévio (suspeita de HDA varicosa).
- Uso de anti-inflamatórios não esteroidais, ácido acetilsalicílico, antiagregantes, anticoagulantes (varfarina e anticoagulantes orais diretos) e horário da última dose.
- Úlcera péptica prévia, infecção por Helicobacter pylori, vômitos intensos precedendo o sangramento (síndrome de Mallory-Weiss).
- Doença cardiovascular, insuficiência cardíaca ou renal, neoplasias.
- Na HDB: idade, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, neoplasia, procedimentos recentes (polipectomia), alteração do hábito intestinal.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos, incluindo índice de choque (frequência cardíaca ÷ pressão arterial sistólica), saturação periférica de oxigênio (SpO2) e nível de consciência.
- Sinais de doença hepática crônica (icterícia, ascite, circulação colateral, encefalopatia).
- Toque retal, quando indicado, para caracterização do sangramento, por médico.
- Estimativa do volume perdido e registro das perdas na unidade.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Pacientes com hematêmese volumosa, instabilidade hemodinâmica, síncope, alteração do nível de consciência ou suspeita de HDA varicosa deverão ser encaminhados diretamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** risco de broncoaspiração na hematêmese volumosa ou com rebaixamento do nível de consciência; aspiração disponível; posicionamento lateral; via aérea avançada conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018, em especial na HDA varicosa maciça ou encefalopatia.
- **B – Respiração:** SpO2 e oxigênio conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017.
- **C – Circulação:** dois acessos venosos periféricos calibrosos, monitorização cardíaca, pressão arterial frequente, coleta de exames e de amostra para tipagem e prova cruzada.
- **D – Neurológico:** nível de consciência e glicemia capilar; considerar encefalopatia hepática.
- **E – Exposição:** temperatura, sinais de doença hepática e de sangramento em outros sítios.

4.6 Exames complementares

- hemograma com plaquetas, com repetição conforme evolução (a hemoglobina inicial pode não refletir a perda aguda);
- tipagem sanguínea e prova cruzada;
- coagulograma (tempo de protrombina/razão normalizada internacional e tempo de tromboplastina parcial ativada);
- ureia e creatinina (ureia desproporcionalmente elevada sugere origem alta), eletrólitos, função hepática;
- eletrocardiograma em pacientes com doença cardiovascular ou instabilidade;
- lactato, quando disponível, em pacientes instáveis.

A sondagem nasogástrica não é recomendada de rotina para diagnóstico, prognóstico ou limpeza gástrica (ESGE 2021).

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca contínua, oximetria e pressão arterial frequente nos pacientes com sangramento ativo ou instabilidade.

- Nível de consciência, diurese e perdas (volume e aspecto de vômitos e evacuações).
- Hemoglobina seriada, conforme prescrição.
- Vigilância de reações transfusionais.

4.8 Condutas iniciais

Ressuscitação

- Reposição volêmica imediata com cristaloide nos pacientes com instabilidade hemodinâmica, evitando infusão excessiva (ESGE 2021).
- **Transfusão de concentrado de hemácias – estratégia restritiva (ESGE 2021; ACG 2021):** em pacientes hemodinamicamente estáveis sem doença cardiovascular, transfundir com hemoglobina igual ou inferior a 7 g/dL, com alvo pós-transfusional de 7 a 9 g/dL; em pacientes com doença cardiovascular aguda ou crônica, limiar de 8 g/dL, com alvo igual ou superior a 10 g/dL.
- Em pacientes com sangramento maciço e instabilidade persistente, a transfusão deverá ser guiada pela condição clínica e não apenas pela hemoglobina, conforme protocolo de hemorragia maciça da rede e disponibilidade de hemocomponentes na unidade.
- Plaquetas: considerar transfusão se contagem inferior a 50.000/mm³ com sangramento ativo.
- Na HDA varicosa, a reposição volêmica e a transfusão deverão ser cautelosas, para evitar aumento da pressão portal.

4.9 Tratamento

a) Suspeita de HDA não varicosa

- Inibidor de bomba de prótons (IBP) intravenoso em dose alta antes da endoscopia pode ser considerado, sem retardar a endoscopia (ESGE 2021).
- Eritromicina intravenosa antes da endoscopia, na ausência de contraindicação (prolongamento do QT), para melhorar a visualização (ACG 2021; ESGE 2021), conforme disponibilidade e pactuação com o serviço de endoscopia.

- Endoscopia digestiva alta em até 24 horas após a apresentação, após ressuscitação; mais precoce nos pacientes de alto risco, conforme o serviço de referência.

b) Suspeita de HDA varicosa (paciente com cirrose ou hipertensão portal conhecida ou provável)

- Iniciar fármaco vasoativo (terlipressina ou octreotida) o mais precocemente possível, antes da endoscopia (Baveno VII).
- Antibioticoprofilaxia (por exemplo, ceftriaxona) em todos os pacientes com cirrose e hemorragia digestiva, por até 7 dias (Baveno VII).
- Endoscopia em até 12 horas após a admissão, após estabilização (Baveno VII).
- Na hemorragia maciça refratária, tamponamento com balão é medida de ponte, realizada por profissional treinado, conforme disponibilidade.
- Considerar prevenção e tratamento da encefalopatia hepática, conforme prescrição médica.

c) Hemorragia digestiva baixa

- Ressuscitação e transfusão restritiva conforme as condutas iniciais.
- Hematoquezia com instabilidade hemodinâmica deverá levantar a suspeita de HDA volumosa, com necessidade de endoscopia alta.
- Colonoscopia, angiotomografia ou radiologia intervencionista no serviço de referência, conforme a gravidade.

d) Manejo de antitrombóticos

- Anticoagulantes: suspender; na hemorragia grave com instabilidade, considerar reversão (vitamina K e concentrado de complexo protrombínico para varfarina; agentes específicos ou concentrado de complexo protrombínico para anticoagulantes orais diretos), conforme disponibilidade e decisão médica.
- Ácido acetilsalicílico em prevenção secundária cardiovascular: em geral não deve ser suspenso de forma definitiva; a conduta é médica, em conjunto com o serviço de destino.
- Dupla antiagregação (por exemplo, após stent coronariano recente): decisão compartilhada com a cardiologia; não suspender sem avaliação.

e) Medidas não recomendadas

O ácido tranexâmico não é recomendado na hemorragia digestiva alta (ESGE 2021; ACG 2021), com base no estudo HALT-IT, que não demonstrou redução de mortalidade e mostrou aumento de eventos tromboembólicos venosos.

4.10 Terapia medicamentosa

Medicamento	Dose de referência	Indicação e observações
Omeprazol IV (ou IBP equivalente)	80 mg IV em bolus; manutenção conforme prescrição (bolus intermitentes ou infusão contínua)	Suspeita de HDA não varicosa, antes da endoscopia.
Terlipressina	2 mg IV a cada 4 horas; após controle do sangramento, 1 mg a cada 4 horas (Baveno)	Suspeita de HDA varicosa; contraindicações relativas em doença isquêmica; monitorar sódio.
Octreotida	50 mcg IV em bolus seguido de 50 mcg/h em infusão contínua	Alternativa à terlipressina na HDA varicosa.
Ceftriaxona	1 g IV a cada 24 horas, por até 7 dias (Baveno)	Profilaxia em pacientes com cirrose e hemorragia digestiva.
Eritromicina	250 mg IV, 30 a 120 minutos antes da endoscopia (ESGE)	Melhora a visualização; evitar se QT prolongado; coordenar com o serviço de endoscopia.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Punção de dois acessos venosos periféricos calibrosos.
- Coleta de amostras laboratoriais e pré-transfusionais.
- Instalação de hemocomponentes conforme as normas técnicas de hemoterapia vigentes, com verificação de identificação e vigilância de reações.
- Controle de perdas e balanço hídrico.
- Aspiração de vias aéreas e posicionamento para prevenção de broncoaspiração.
- Manejo de via aérea conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF018.

4.12 Critérios de gravidade

- Instabilidade hemodinâmica ou índice de choque elevado.
- Hematêmese volumosa ou sangramento persistente.
- Necessidade de transfusão.

- Suspeita de HDA varicosa ou doença hepática descompensada.
- Idade avançada e comorbidades importantes.
- Uso de anticoagulantes.
- Escore de Glasgow-Blatchford elevado.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente estabilizado para transporte quando apresentar via aérea segura, pressão arterial e perfusão adequadas com ressuscitação em curso, acesso venoso calibroso funcionante, terapia farmacológica iniciada conforme a suspeita e hemocomponentes disponíveis ou em infusão, quando indicados. A estabilização completa não deverá retardar a transferência de paciente com sangramento ativo.

4.14 Critérios para observação

Pacientes com HDA de muito baixo risco (Glasgow-Blatchford de 0 ou 1), sem sangramento ativo e hemodinamicamente estáveis poderão permanecer em observação para confirmação da estabilidade antes da alta. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação, para hospital com serviço de endoscopia: todos os pacientes com HDA com Glasgow-Blatchford igual ou superior a 2, suspeita de HDA varicosa, instabilidade hemodinâmica, necessidade de transfusão, sangramento persistente ou HDB com repercussão clínica.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com endoscopia de urgência e terapia intensiva:** instabilidade hemodinâmica, HDA varicosa, sangramento maciço ou persistente.
- **Serviço com radiologia intervencionista ou cirurgia:** sangramento refratário, conforme avaliação do serviço de destino.

O transporte de pacientes instáveis ou com sangramento ativo deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, com acesso venoso calibroso e monitorização continua, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

Na HDA, a alta com investigação endoscópica ambulatorial poderá ser considerada, a critério médico, em pacientes de muito baixo risco (Glasgow-Blatchford de 0 ou 1), estáveis, sem sangramento ativo, com hemoglobina adequada, com acompanhante e com garantia de acesso à endoscopia ambulatorial (ACG 2021; ESGE 2021). Na HDB, a alta dependerá de avaliação médica da estabilidade e de escore de risco validado adotado pela instituição. Orientar por escrito sinais de alarme e retorno imediato.

4.18 Registro em prontuário

- início, tipo e volume estimado do sangramento;
- sinais vitais seriados e índice de choque;
- escore de Glasgow-Blatchford calculado;
- uso de antitrombóticos e condutas adotadas;
- fluidos, hemocomponentes (com número das bolsas) e medicamentos, com doses e horários;
- contato com a central de regulação e com o serviço de endoscopia, e horário de saída;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Novo episódio de hematêmese ou enterorragia, queda da pressão arterial ou taquicardia progressiva deverão ser comunicados imediatamente ao médico.

- Comunicação com o serviço de destino contendo suspeita (varicosa ou não), escore de risco, hemoglobina, transfusões, medicamentos administrados e uso de antitrombóticos.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR).

4.20 Segurança do paciente

- Identificação correta do paciente e das amostras pré-transfusionais, com dupla checagem antes da transfusão.
- Prevenção de broncoaspiração e de quedas (síncope ortostática).
- Terlipressina e agentes de reversão da anticoagulação são medicamentos de uso criterioso: prescrição completa e dupla checagem.
- Notificação de reações transfusionais à hemovigilância e de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ACG** – American College of Gastroenterology
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ESGE** – European Society of Gastrointestinal Endoscopy
- **GBS** – Escore de Glasgow-Blatchford (Glasgow-Blatchford Score)
- **HALT-IT** – Haemorrhage Alleviation with Tranexamic Acid – Intestinal System (ensaio clínico)
- **Hb** – Hemoglobina
- **HDA** – Hemorragia digestiva alta
- **HDB** – Hemorragia digestiva baixa
- **IBP** – Inibidor de bomba de prótons

- **IV** – Intravenoso
- **QT** – Intervalo QT do eletrocardiograma
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

DE FRANCHIS, R. et al. Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology, v. 76, n. 4, p. 959-974, 2022.

GRALNEK, I. M. et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy, v. 53, n. 3, p. 300-332, 2021. DOI: 10.1055/a-1369-5274.

HALT-IT TRIAL COLLABORATORS. Effects of a high-dose 24-h infusion of tranexamic acid on death and thromboembolic events in patients with acute gastrointestinal bleeding (HALT-IT): an international randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 395, n. 10241, p. 1927-1936, 2020.

LAINE, L. et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. American Journal of Gastroenterology, v. 116, n. 5, p. 899-917, 2021. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001245.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À HEMORRAGIA DIGESTIVA NA UPA

HEMATÊMESE • MELENA • HEMATOQUEZIA

↓

ABCDE • 2 acessos calibrosos • monitorização • tipagem e prova cruzada
prevenir broncoaspiração • via aérea → SINOP-PROT.ENF018 se necessário

↓

RESSUSCITAÇÃO: cristaloide se instável
transfusão restritiva (Hb ≤ 7 g/dL; ≤ 8 g/dL se doença cardiovascular)

↓

SUSPEITA DE HDA VARICOSA	SUSPEITA DE HDA NÃO VARICOSA
(cirrose/hipertensão portal) terlipressina ou octreotida + ceftriaxona • endoscopia ≤ 12 h	IBP IV em dose alta eritromicina pré-endoscopia endoscopia ≤ 24 h

↓

SUSPENDER/REVERTER ANTICOAGULANTE SE GRAVE • NÃO USAR ÁCIDO TRANEXÂMICO

↓

GLASGOW-BLATCHFORD (Anexo II)

↓

GBS 0–1, estável, sem sangramento ativo → alta com endoscopia ambulatorial garantida	GBS ≥ 2, instável, varicosa ou sangramento ativo → TRANSFERÊNCIA (suporte avançado se instável)

ANEXO II – ESCORE DE GLASGOW-BLATCHFORD

Parâmetro na admissão	Valor	Pontos
Ureia sérica (mmol/L)	6,5 a < 8,0	2
	8,0 a < 10,0	3
	10,0 a < 25,0	4
	≥ 25,0	6
Hemoglobina – homens (g/dL)	12,0 a < 13,0	1
	10,0 a < 12,0	3
	< 10,0	6
Hemoglobina – mulheres (g/dL)	10,0 a < 12,0	1
	< 10,0	6
Pressão arterial sistólica (mmHg)	100 a 109	1
	90 a 99	2
	< 90	3
Outros marcadores	Frequência cardíaca ≥ 100 bpm	1
	Melena	1
	Síncope	2
	Doença hepática	2
	Insuficiência cardíaca	2
Pontuação de 0 a 1: muito baixo risco (possível manejo ambulatorial). Conversão: ureia em mmol/L = ureia em mg/dL ÷ 6,0 (aproximadamente) [VALIDAÇÃO TÉCNICA NECESSÁRIA].		

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:40:39 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:36:59 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 08/10/26 às 13:59:56 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Dor Abdominal Aguda

1872

1. OBJETIVO

Padronizar a avaliação, a identificação de sinais de alarme, a analgesia precoce, a investigação diagnóstica inicial e o encaminhamento do paciente adulto com dor abdominal aguda atendido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com ênfase no reconhecimento de condições cirúrgicas e vasculares com risco de morte e de causas extra-abdominais, e na definição segura entre observação, alta ou transferência.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo classificação de risco, consultórios, sala de medicação, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio, serviço de imagem, quando existente, e o processo de transferência inter-hospitalar.

Aplica-se a pacientes adultos. Crianças deverão seguir o protocolo SINOP-PROT.ENF029; gestantes e pacientes com suspeita de causa ginecológica ou obstétrica, o protocolo SINOP-PROT.ENF028; e dor abdominal por trauma, o protocolo SINOP-PROT.ENF019.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** anamnese e exame físico, identificação de sinais de alarme, prescrição de analgesia e demais medicamentos, solicitação e interpretação de exames, contato com a cirurgia e a central de regulação e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco, avaliação da dor por escala padronizada, monitorização, administração de medicamentos prescritos, reavaliação da dor, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, coleta de exames, administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, controle de diurese e vômitos, e registro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de analgésicos, antieméticos e antimicrobianos padronizados e orientação sobre doses e interações.

3. DEFINIÇÃO

- **Dor abdominal aguda:** dor abdominal com duração inferior a 7 dias, habitualmente de início nas últimas horas ou dias, sem diagnóstico prévio que a explique.
- **Abdome agudo:** quadro de dor abdominal aguda que exige decisão diagnóstica e terapêutica rápida, frequentemente cirúrgica, classificado em inflamatório, obstrutivo, perfurativo, vascular (isquêmico) e hemorrágico.
- **Sinais de alarme:** achados que indicam maior probabilidade de condição grave ou cirúrgica (item 4.2 e Anexo II).
- **Peritonite:** inflamação do peritônio, manifestada por dor à descompressão, defesa abdominal ou rigidez (abdome em tábua).
- **Causas extra-abdominais:** condições fora do abdome que se manifestam com dor abdominal, como infarto agudo do miocárdio inferior, pneumonia de base, cetoacidose diabética, herpes-zóster e torção testicular.

4. DIRETRIZES

A assistência ao paciente com dor abdominal aguda deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

RECONHECIMENTO → ABCDE E ESTABILIZAÇÃO → SINAIS DE ALARME → ANALGESIA PRECOCE → ANAMNESE E EXAME FÍSICO DIRIGIDOS → EXAMES CONFORME HIPÓTESE → REAVALIAÇÃO SERIADA → ALTA / OBSERVAÇÃO / TRANSFERÊNCIA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

Todo paciente com dor abdominal deverá ter a intensidade da dor avaliada por escala padronizada (numérica de 0 a 10 ou equivalente) na classificação de risco, e a dor registrada como sinal vital. Deverão ser identificados precocemente os pacientes com instabilidade hemodinâmica, sinais de peritonite, idade igual ou superior a 65 anos, imunossupressão ou gestação.

4.2 Critérios clínicos

Sinais de alarme (avaliação médica imediata e alta probabilidade de condição grave):

- instabilidade hemodinâmica, síncope ou sinais de choque;
- dor de início súbito e intenso, ou dor desproporcional ao exame físico (suspeita de isquemia mesentérica);
- sinais de peritonite (defesa, rigidez, descompressão dolorosa);
- distensão abdominal com vômitos e parada de eliminação de gases e fezes (obstrução intestinal);
- hematêmese, melena ou enterorragia (protocolo SINOP-PROT.ENF026);
- febre com icterícia (colangite) ou dor com febre e calafrios;
- idade igual ou superior a 65 anos, imunossupressão, uso de corticosteroides ou anticoagulantes;
- mulher em idade fértil com atraso menstrual, sangramento ou dor pélvica (gravidez ectópica – protocolo SINOP-PROT.ENF028);
- massa abdominal pulsátil ou dor lombar/abdominal com hipotensão em idoso (aneurisma de aorta abdominal roto);
- fibrilação atrial ou doença vascular com dor intensa (isquemia mesentérica).

Na anamnese, caracterizar: início, localização e irradiação, caráter, evolução, fatores de melhora e piora, sintomas associados (náuseas, vômitos, febre, alteração do hábito intestinal, sintomas urinários, sangramento), última menstruação, cirurgias abdominais prévias, comorbidades, medicamentos e uso de álcool.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos, incluindo temperatura, saturação periférica de oxigênio (SpO2), glicemia capilar e escala de dor.
- Exame abdominal completo: inspeção, ausculta, percussão, palpação superficial e profunda, sinais de irritação peritoneal, pesquisa de hérnias; exame de região inguinal e genital quando indicado.
- Toque retal e exame ginecológico por médico, quando indicados.
- Exame cardiopulmonar e pesquisa de causas extra-abdominais.
- Idosos e imunossuprimidos podem apresentar sinais atenuados, sem febre e sem peritonite evidente, apesar de condição grave.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá ser realizada pelo enfermeiro, conforme o sistema adotado pela instituição e observada a Resolução CFM nº 2.079/2014, considerando a intensidade da dor e os sinais de alarme. Pacientes com instabilidade hemodinâmica, sinais de choque ou suspeita de aneurisma roto deverão ser encaminhados imediatamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade; risco de broncoaspiração em vômitos incoercíveis ou rebaixamento do nível de consciência.
- **B – Respiração:** frequência respiratória e SpO2; taquipneia pode indicar sepse, acidose ou causa torácica.
- **C – Circulação:** pressão arterial, frequência cardíaca, perfusão; acesso venoso; reposição volêmica na hipovolemia ou no choque; sepse conforme o protocolo 2.15.
- **D – Neurológico:** nível de consciência e glicemia capilar.
- **E – Exposição:** exame completo do abdome, região inguinal e genitália, pele (icterícia, herpes-zóster), temperatura.

4.6 Exames complementares

Os exames deverão ser direcionados pela hipótese diagnóstica, conforme disponibilidade na unidade:

- **Teste de gravidez (beta-hCG urinário ou sérico) em toda mulher em idade fértil**, antes de exames de imagem com radiação e de medicamentos com risco na gestação.
- Hemograma, proteína C-reativa, ureia, creatinina, eletrólitos e glicemia.
- Lipase (preferencial) ou amilase na suspeita de pancreatite.
- Bilirrubinas, transaminases, fosfatase alcalina e gama-GT na dor em hipocôndrio direito ou icterícia.
- Exame de urina na suspeita de causa urinária.

- Lactato na suspeita de isquemia mesentérica ou sepse (valor normal não exclui isquemia).
- Eletrocardiograma em pacientes com dor em abdome superior, idosos, diabéticos ou com fatores de risco cardiovascular.
- **Imagem:** ultrassonografia (vias biliares, apendicite em mulheres e jovens, causas ginecológicas e urológicas, aneurisma de aorta) e radiografia (suspeita de pneumoperitônio ou obstrução) conforme disponibilidade; a tomografia computadorizada, quando indicada, será realizada no serviço de referência, conforme fluxo assistencial institucional.

A realização de exames não deverá retardar a transferência de pacientes com sinais de alarme que necessitem de avaliação cirúrgica.

4.7 Monitorização

- Reavaliação da dor após analgesia, com registro da escala e do horário.
- Reavaliações seriadas do exame abdominal, preferencialmente pelo mesmo médico, nos pacientes em observação.
- Sinais vitais seriados, diurese e vômitos.
- Monitorização cardíaca contínua nos pacientes instáveis ou com suspeita de causa cardiovascular.

4.8 Condutas iniciais

- **Analgesia precoce:** a analgesia, inclusive com opioides, não compromete a acurácia diagnóstica nem retarda o diagnóstico de condições cirúrgicas e deverá ser oferecida precocemente a todo paciente com dor, antes da conclusão da investigação (revisão sistemática Cochrane).
- Jejum oral enquanto houver suspeita de condição cirúrgica.
- Antiemético nos pacientes com náuseas ou vômitos.
- Hidratação venosa conforme o estado volêmico.
- Sonda nasogástrica na obstrução intestinal com vômitos ou distensão importantes, conforme prescrição médica.

- Acionar a avaliação cirúrgica ou a central de regulação precocemente nos pacientes com sinais de alarme.

4.9 Tratamento

a) Condições de tratamento predominantemente hospitalar

Hipótese	Achados sugestivos	Conduta inicial na UPA
Apendicite aguda	Dor periumbilical migrando para fossa ilíaca direita, anorexia, náuseas, febre, leucocitose; escore de Alvarado (Anexo III)	Analgesia, jejum, hidratação; transferência para avaliação cirúrgica; antimicrobiano conforme guia institucional e orientação cirúrgica.
Colecistite aguda / colangite	Dor em hipocôndrio direito, sinal de Murphy, febre; icterícia na colangite	Analgesia, jejum, hidratação, antimicrobiano; colangite com sepse → protocolo SINOP-PROT.ENF015; transferência.
Pancreatite aguda	Dor epigástrica em faixa, vômitos; lipase ou amilase ≥ 3 vezes o limite superior	Analgesia, hidratação moderada com cristaloide, conforme avaliação médica; transferência.
Obstrução intestinal	Dor em cólica, distensão, vômitos, parada de eliminação; cirurgia prévia ou hérnia	Jejum, sonda nasogástrica, hidratação, correção eletrolítica; transferência cirúrgica.
Perfuração de víscera oca	Dor súbita e intensa, peritonite difusa, pneumoperitônio	Estabilização, antimicrobiano, analgesia; transferência cirúrgica imediata.
Isquemia mesentérica aguda	Dor intensa desproporcional ao exame, idoso, fibrilação atrial, doença vascular	Estabilização; transferência imediata para serviço com cirurgia vascular ou geral e angiotomografia.
Aneurisma de aorta abdominal roto	Dor abdominal ou lombar, hipotensão, massa pulsátil, idoso	Ressuscitação hipotensiva conforme decisão médica, acionamento imediato da regulação para cirurgia vascular.
Hérnia encarcerada ou estrangulada	Abaulamento doloroso irredutível, sinais de obstrução	Analgesia; transferência cirúrgica; não insistir na redução se houver sinais de estrangulamento.

b) Condições frequentemente manejadas ambulatorialmente, após exclusão de sinais de alarme

- Cólica renal sem febre, sem obstrução complicada e com dor controlada: analgesia com anti-inflamatório não esteroidal quando não contraindicado, orientação e seguimento.
- Gastroenterite aguda com hidratação oral possível e sem sinais de gravidade.

- Constipação intestinal e dispepsia sem sinais de alarme.
- Infecção urinária baixa não complicada.

4.10 Terapia medicamentosa

- **Analgésicos:** dipirona, paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (quando não houver contraindicação renal, gastrointestinal, cardiovascular ou gestação) e opioides em doses tituladas para dor moderada a intensa, conforme padronização institucional e prescrição médica.
- **Antieméticos e antiespasmódicos**, conforme prescrição.
- **Antimicrobianos:** conforme o guia institucional por foco (intra-abdominal, biliar, urinário), elaborado com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, sem retardar a administração na presença de sepse (protocolo SINOP-PROT.ENF015).
- Evitar anti-inflamatórios em idosos com risco renal, pacientes desidratados, com doença renal crônica, sangramento digestivo ou gestação.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Avaliação e reavaliação da dor com escala padronizada.
- Punção venosa periférica e coleta de exames.
- Sondagem nasogástrica e vesical, quando prescritas.
- Ultrassonografia à beira do leito por profissional capacitado, quando disponível.
- Preparo para transferência.

4.12 Critérios de gravidade

Presença de qualquer sinal de alarme do item 4.2, sepse, choque, necessidade de opioide repetido sem controle da dor, piora do exame abdominal nas reavaliações, alterações laboratoriais relevantes (leucocitose importante, lactato elevado, lesão renal aguda, hiperbilirrubinemia) ou achado de imagem de condição cirúrgica.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se o paciente 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. A estabilização não deverá retardar a transferência de pacientes com condições cirúrgicas ou vasculares com risco de morte.

4.14 Critérios para observação

Pacientes sem sinais de alarme, mas com diagnóstico indefinido, poderão permanecer em observação para analgesia, exames e reavaliações seriadas do exame abdominal. A persistência ou piora da dor, a mudança do exame físico ou o surgimento de sinais de alarme exigem avaliação cirúrgica ou transferência. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação: pacientes com suspeita de abdome agudo cirúrgico ou vascular; sepse de foco abdominal; pancreatite aguda; dor não controlada; necessidade de tomografia indisponível na unidade; idosos ou imunossuprimidos com dor abdominal sem diagnóstico definido.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Serviço com cirurgia geral:** abdome agudo inflamatório, obstrutivo ou perfurativo, hérnia encarcerada.
- **Serviço com cirurgia vascular e terapia intensiva:** aneurisma de aorta roto, isquemia mesentérica.
- **Maternidade de referência:** gestantes e suspeita de gravidez ectópica (protocolo 2.28).

O transporte de pacientes instáveis deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, quando o paciente estiver sem sinais de alarme, com dor controlada com medicação oral, tolerância à dieta oral, sinais vitais normais, exame abdominal sem sinais de peritonite na reavaliação e diagnóstico provável de condição benigna. Na alta, deverá receber orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato (piora da dor, febre, vômitos persistentes, distensão, sangramento), com reavaliação programada quando o diagnóstico permanecer indefinido e encaminhamento à Atenção Primária à Saúde. Recomenda-se cautela na alta de idosos e imunossuprimidos sem diagnóstico definido.

4.18 Registro em prontuário

- características da dor e escala de intensidade, com horários;
- sinais de alarme pesquisados, presentes ou ausentes;
- exame abdominal inicial e reavaliações seriadas;
- resultado do teste de gravidez nas mulheres em idade fértil;
- exames, analgésicos e demais medicamentos, com horários e resposta;
- hipótese diagnóstica e conduta;
- contato com a central de regulação ou orientações de alta;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Piora da dor, surgimento de febre, hipotensão, taquicardia ou alteração do exame abdominal deverão ser comunicados imediatamente ao médico.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), incluindo o exame abdominal seriado.
- Comunicação com a cirurgia do serviço de destino contendo hipótese, achados e exames.

4.20 Segurança do paciente

- Teste de gravidez antes de exames com radiação e medicamentos teratogênicos.
- Analgesia oferecida e reavaliada; opioides são medicamentos de alta vigilância.
- Prevenção de quedas após opioides e de broncoaspiração em vômitos.
- Prevenção de alta inadequada: reavaliação antes da alta, com registro dos sinais de alarme ausentes.
- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **beta-hCG** – Fração beta da gonadotrofina coriônica humana
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **ECG** – Eletrocardiograma
- **gama-GT** – Gamaglutamiltransferase
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

6. REFERÊNCIA

ALVARADO, A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Annals of Emergency Medicine, v. 15, n. 5, p. 557-564, 1986.

BALA, M. et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. World Journal of Emergency Surgery, v. 17, 54, 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

DI SAVERIO, S. et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World Journal of Emergency Surgery, v. 15, 27, 2020.

MANTEROLA, C. et al. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 1, CD005660, 2011.

TENNER, S. et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. American Journal of Gastroenterology, v. 119, n. 3, p. 419-437, 2024.

YOKOE, M. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2018.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À DOR ABDOMINAL AGUDA NA UPA

PACIENTE COM DOR ABDOMINAL AGUDA
escala de dor na classificação de risco

↓

ABCDE • sinais vitais • glicemia • instável → sala de emergência
choque/sepse → SINOP-PROT.ENF015 • suspeita de aneurisma roto → regulação imediata

↓

ANALGESIA PRECOCE (não mascara o diagnóstico) • jejum se suspeita cirúrgica

↓

SINAIS DE ALARME? (Anexo II)
beta-hCG em mulheres em idade fértil • ECG se abdome superior/idoso

SIM	NÃO
exames dirigidos • avaliação cirúrgica antimicrobiano se infecção TRANSFERÊNCIA	exames conforme hipótese observação com reavaliação seriada
↓	↓
Piora, dor persistente ou diagnóstico indefinido em idoso/imunossuprimido → TRANSFERÊNCIA	Melhora, exame benigno, tolera via oral → ALTA com orientação escrita e reavaliação programada

ANEXO II – SINAIS DE ALARME NA DOR ABDOMINAL AGUDA

Sinal de alarme	Condição a considerar
Hipotensão, taquicardia, síncope	Hemorragia, aneurisma roto, gravidez ectópica rota, sepse
Dor súbita e intensa	Perfuração, isquemia mesentérica, aneurisma, torção
Dor desproporcional ao exame	Isquemia mesentérica
Peritonite (defesa, rigidez, descompressão dolorosa)	Perfuração, apendicite complicada, peritonite
Distensão, vômitos, parada de eliminação	Obstrução intestinal, hérnia encarcerada
Febre com icterícia	Colangite
Idade ≥ 65 anos, imunossupressão	Apresentação atípica de condição grave
Atraso menstrual, sangramento vaginal	Gravidez ectópica
Dor em abdome superior com fatores de risco cardiovascular	Infarto agudo do miocárdio

ANEXO III – ESCORE DE ALVARADO (APENDICITE AGUDA)

Critério	Pontos
Migração da dor para fossa ilíaca direita	1
Anorexia	1
Náuseas ou vômitos	1
Dor à palpação da fossa ilíaca direita	2
Dor à descompressão	1
Temperatura ≥ 37,3 °C	1
Leucocitose > 10.000/mm³	2
Desvio à esquerda	1
Pontuação total de 0 a 10: 1 a 4 – baixa probabilidade; 5 a 6 – probabilidade intermediária; 7 a 10 – alta probabilidade. O escore auxilia, mas não substitui a avaliação cirúrgica, e tem menor desempenho em mulheres em idade fértil.	

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:41:15 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 11:58:44 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 14:00:30 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXXV

Protocolo de Urgências Ginecológicas e Obstétricas

1890



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Urgências Ginecológicas E Obstétricas

1891

1. OBJETIVO

Padronizar o acolhimento, a avaliação, a estabilização e o encaminhamento de mulheres com urgências ginecológicas e obstétricas atendidas na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), incluindo sangramento genital, dor pélvica, gestação ectópica, abortamento, síndromes hipertensivas da gestação (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e síndrome HELLP), hemorragia pós-parto, parto iminente e violência sexual, com foco na prevenção da morte materna e na transferência segura para a maternidade ou o serviço de referência, em consonância com a Rede Alyne.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção, classificação de risco, consultórios, sala de observação, sala de emergência, laboratório de apoio, serviço de imagem, quando existente, e o processo de transferência para a maternidade ou o hospital de referência.

Aplica-se a mulheres em idade reprodutiva, gestantes em qualquer idade gestacional e puérperas até 42 dias após o parto ou abortamento. Adolescentes deverão ser atendidas com as mesmas condutas clínicas, observadas as garantias legais aplicáveis. A parada cardiorrespiratória na gestante segue o protocolo SINOP-PROT.ENF016; o trauma na gestante, o protocolo SINOP-PROT.ENF019; e a sepse materna, também o protocolo SINOP-PROT.ENF015.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico:** avaliação clínica e obstétrica, diagnóstico, prescrição, assistência ao parto iminente, manejo das emergências hipertensivas e hemorrágicas, contato com a maternidade e a central de regulação e definição do destino.
- **Enfermeiro:** acolhimento com classificação de risco obstétrico, aferição de sinais vitais e do índice de choque, ausculta dos batimentos cardíacos fetais quando capacitado e com equipamento disponível, administração de medicamentos prescritos, assistência ao parto conforme sua habilitação e as normas do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), cuidados com o recém-nascido, processo de enfermagem e registro.

- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, preparo de material, cuidados de enfermagem e administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.
- **Farmacêutico:** disponibilidade do kit de hemorragia pós-parto e do kit de sulfato de magnésio, ocitocina, ácido tranexâmico e anti-hipertensivos padronizados.
- **Equipe multiprofissional:** acolhimento humanizado, garantia de acompanhante de livre escolha, sigilo e articulação com a rede de proteção, especialmente nos casos de violência.

3. DEFINIÇÃO

- **Gestação ectópica:** implantação do embrião fora da cavidade uterina, mais frequentemente na tuba uterina; pode evoluir com ruptura e hemorragia intra-abdominal com risco de morte.
- **Abortamento:** interrupção da gestação antes de 20 a 22 semanas ou com concepto de peso inferior a 500 g; classificado clinicamente em ameaça de abortamento, abortamento inevitável, incompleto, completo, retido e infectado.
- **Pré-eclâmpsia:** hipertensão arterial (pressão arterial – PA – igual ou superior a 140/90 mmHg) identificada após a 20ª semana de gestação, associada a proteinúria e/ou a disfunção de órgão-alvo ou disfunção uteroplacentária.
- **Sinais de gravidade da pré-eclâmpsia:** PA igual ou superior a 160/110 mmHg, cefaleia persistente, alterações visuais (escotomas), dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos, oligúria, edema agudo de pulmão, plaquetopenia, elevação de transaminases ou de creatinina e iminência de eclâmpsia.
- **Eclâmpsia:** ocorrência de crise convulsiva tônico-clônica em gestante ou puérpera com pré-eclâmpsia, na ausência de outra causa; pode ocorrer antes, durante ou após o parto.
- **Síndrome HELLP:** hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, forma grave associada à pré-eclâmpsia.

- **Hemorragia pós-parto (HPP):** perda sanguínea igual ou superior a 500 mL após parto vaginal ou 1.000 mL após cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda que cause instabilidade hemodinâmica.
- **Índice de choque:** relação entre a frequência cardíaca e a pressão arterial sistólica (FC ÷ PAS); na gestante e na puérpera, valor igual ou superior a 0,9 sinaliza perda sanguínea significativa e necessidade de intervenção, e igual ou superior a 1,4, gravidade (OPAS, 2018).
- **Parto iminente:** trabalho de parto em período expulsivo, com dilatação completa e/ou polo fetal visível, sem tempo hábil para transferência segura.

4. DIRETRIZES

A assistência às urgências ginecológicas e obstétricas na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO → ABCDE, SINAIS VITAIS E ÍNDICE DE CHOQUE → IDADE GESTACIONAL E BETA-hCG → IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME (HEMORRÁGICA, HIPERTENSIVA, DOR PÉLVICA, PARTO, VIOLÊNCIA) → ESTABILIZAÇÃO E TRATAMENTO INICIAL → CONTATO COM A MATERNIDADE (VAGA SEMPRE) → TRANSFERÊNCIA SEGURA

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Toda mulher em idade reprodutiva com dor abdominal ou pélvica, sangramento genital, síncope ou choque deverá ser investigada quanto à gestação (beta-hCG).
- Identificar gestantes e puérperas desde a recepção e encaminhá-las imediatamente à classificação de risco.
- Garantir acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o atendimento.

4.2 Critérios clínicos

Deverão ser obtidos: data da última menstruação e idade gestacional, número de gestações, partos e abortamentos, pré-natal e seus registros (caderneta da gestante), sangramento (início, volume, coágulos, restos), dor, perda de líquido, movimentos

fetais, contrações, sintomas de pré-eclâmpsia, febre, medicações, alergias, tipagem sanguínea e fator Rh, quando conhecidos.

Sinais de alerta obstétrico (avaliação médica imediata):

- sangramento genital volumoso ou índice de choque igual ou superior a 0,9;
- dor abdominal intensa, principalmente com instabilidade (gestação ectópica rota, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina);
- PA igual ou superior a 160/110 mmHg ou PA igual ou superior a 140/90 mmHg com sintomas;
- convulsão, cefaleia intensa, alterações visuais, epigastralgia;
- febre com dor pélvica ou após abortamento ou parto;
- perda de líquido, contrações regulares ou período expulsivo;
- redução ou ausência de movimentos fetais;
- dispneia, dor torácica ou alteração do nível de consciência.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos com cálculo do índice de choque, saturação periférica de oxigênio (SpO2), temperatura, glicemia capilar e nível de consciência.
- PA aferida com a paciente sentada ou em decúbito lateral esquerdo, com manguito adequado, repetida para confirmação.
- Exame abdominal, altura uterina e dinâmica uterina; ausculta dos batimentos cardíacos fetais a partir da idade gestacional em que for possível, conforme equipamento disponível.
- Exame especular e toque vaginal por profissional habilitado, quando indicados; na gestação de segunda metade com sangramento, **não realizar toque vaginal** até exclusão de placenta prévia por ultrassonografia.
- Avaliação de edema, reflexos tendinosos e sinais de sangramento.

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá utilizar protocolo de acolhimento e classificação de risco obstétrico adotado pela instituição, em consonância com as orientações do

Ministério da Saúde, observada a Resolução CFM nº 2.079/2014 [VALIDAR COM A INSTITUIÇÃO – protocolo de classificação de risco obstétrico]. Situações dos sinais de alerta do item 4.2 exigem atendimento imediato na sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** permeabilidade; a gestante tem maior risco de via aérea difícil e de broncoaspiração (protocolo SINOP-PROT.ENF018).
- **B – Respiração:** SpO2 e oxigênio conforme o protocolo SINOP-PROT.ENF017; atenção ao edema agudo de pulmão na pré-eclâmpsia.
- **C – Circulação:** dois acessos venosos calibrosos, índice de choque, monitorização; gestantes com mais de 20 semanas, útero no nível da cicatriz umbilical ou acima: **decúbito lateral esquerdo ou deslocamento manual do útero para a esquerda**, para evitar compressão aortocava.
- **D – Neurológico:** nível de consciência, convulsões (eclâmpsia), glicemia capilar.
- **E – Exposição:** quantificação do sangramento, temperatura, sinais de violência.

4.6 Exames complementares

- beta-hCG (urinário ou sérico) em toda mulher em idade reprodutiva com queixa compatível.
- Hemograma com plaquetas, tipagem sanguínea e fator Rh, prova cruzada nas hemorragias.
- Coagulograma e fibrinogênio, quando disponível, nas hemorragias graves.
- Na suspeita de pré-eclâmpsia: proteinúria (fita ou relação proteína/creatinina), creatinina, transaminases, desidrogenase láctica, bilirrubinas e plaquetas.
- Exame de urina e urocultura, conforme o quadro.
- Ultrassonografia (pélvica ou transvaginal, obstétrica ou à beira do leito) conforme disponibilidade na unidade, sem retardar a transferência de pacientes instáveis.

4.7 Monitorização

- Sinais vitais e índice de choque seriados, com frequência definida pela gravidade.

- Quantificação do sangramento (pesagem de compressas e absorventes, quando possível).
- Diurese horária em hemorragias e na pré-eclâmpsia grave.
- Em uso de sulfato de magnésio: reflexos patelares, frequência respiratória e diurese antes de cada dose e a cada hora (Anexo II).
- Batimentos cardíacos fetais, quando aplicável e disponível.

4.8 Condutas iniciais

- Acolhimento humanizado, sem julgamento, com garantia de privacidade, sigilo e presença de acompanhante.
- Estabilização conforme ABCDE, com posicionamento em decúbito lateral esquerdo nas gestantes de segunda metade.
- Contato precoce com a maternidade de referência e a central de regulação, conforme o fluxo de vinculação e de "vaga sempre" da Rede Alyne.
- Gestantes a partir de 20 semanas com queixas obstétricas deverão, em regra, ser avaliadas na maternidade de referência, após estabilização.

4.9 Tratamento

a) Sangramento na primeira metade da gestação e gestação ectópica

- Instabilidade hemodinâmica com beta-hCG positivo: considerar gestação ectópica rota; ressuscitação, tipagem e transferência imediata para serviço com centro cirúrgico.
- Paciente estável: beta-hCG, ultrassonografia quando disponível e encaminhamento ao serviço de referência para definição diagnóstica e terapêutica.
- Abortamento: acolhimento, analgesia, avaliação de sinais de infecção; abortamento infectado exige antimicrobiano conforme o guia institucional e transferência (protocolo SINOP-PROT.ENF015); abortamento incompleto com sangramento importante exige transferência para esvaziamento uterino.
- O sigilo profissional deverá ser respeitado em todos os casos de abortamento, conforme o Código de Ética Médica e as normas profissionais.

- Mulheres Rh negativo com sangramento, abortamento ou gestação ectópica deverão ter a profilaxia com imunoglobulina anti-D garantida no serviço de destino ou na rede.

b) Sangramento na segunda metade da gestação

Suspeitar de placenta prévia, descolamento prematuro de placenta ou rotura uterina. Não realizar toque vaginal; estabilizar, manter decúbito lateral esquerdo, obter dois acessos calibrosos, tipagem e transferir imediatamente para a maternidade de referência com suporte avançado.

c) Síndromes hipertensivas da gestação

- **Sulfato de magnésio:** indicado na eclâmpsia, na pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou iminência de eclâmpsia e na síndrome HELLP, para prevenção e tratamento das convulsões (esquemas no Anexo II). É o anticonvulsivante de escolha, superior aos benzodiazepínicos e à fenitoína na eclâmpsia.
- **Anti-hipertensivo de ação rápida** quando PA igual ou superior a 160/110 mmHg, com o objetivo de reduzir a PA de forma controlada, evitando hipotensão (PAS entre 140 e 150 mmHg e PAD entre 90 e 100 mmHg como referência): hidralazina intravenosa ou nifedipino oral de liberação imediata (não sublingual), conforme o Anexo II.
- Na convulsão eclâmptica: proteger a paciente contra traumas, decúbito lateral esquerdo, via aérea e oxigênio, sulfato de magnésio; não administrar benzodiazepínico como primeira escolha.
- Toda gestante ou puérpera com pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, eclâmpsia ou síndrome HELLP deverá ser transferida à maternidade de referência de alto risco após estabilização, com sulfato de magnésio em curso.
- A pré-eclâmpsia pode surgir ou agravar-se no puerpério, inclusive após a alta hospitalar.

d) Hemorragia pós-parto

- Reconhecimento precoce pela quantificação do sangramento e pelo índice de choque; acionar ajuda e o fluxo de HPP ("hora de ouro").

- Massagem uterina e compressão bimanual; esvaziamento vesical.
- Ocitocina intravenosa como uterotônico de primeira linha (esquema no Anexo II).
- Ácido tranexâmico 1 g intravenoso em 10 minutos, o mais precocemente possível e em até 3 horas após o parto, com possibilidade de segunda dose de 1 g se o sangramento persistir após 30 minutos ou recomeçar em até 24 horas (Organização Mundial da Saúde – OMS, 2017).
- Uterotônicos de segunda linha (metilergometrina, contraindicada na hipertensão; misoprostol), conforme o Anexo II e prescrição médica.
- Reposição volêmica com cristaloide aquecido e transfusão conforme a gravidade e a disponibilidade.
- Traje antichoque não pneumático, quando disponível, como medida de ponte para a transferência.
- Transferência imediata para maternidade ou hospital com centro cirúrgico e agência transfusional.

e) Parto iminente

- Acionar o médico, a equipe de enfermagem e, se possível, profissional com experiência em assistência ao parto; solicitar apoio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e da maternidade de referência.
- Preparar o kit de parto e o material de reanimação neonatal, com ambiente aquecido.
- Assistência ao parto com técnica asséptica, sem manobras de pressão sobre o fundo uterino (Kristeller).
- Após o nascimento: contato pele a pele, secagem e aquecimento do recém-nascido; clampeamento oportuno do cordão (após 1 a 3 minutos) em recém-nascido com boa vitalidade; reanimação neonatal conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) quando necessário.
- Ocitocina 10 UI intramuscular logo após o nascimento, para prevenção de HPP (OMS; Ministério da Saúde).

- Vigilância do sangramento e do tônus uterino e transferência da puérpera e do recém-nascido à maternidade de referência.

f) Urgências ginecológicas fora da gestação

- Sangramento uterino anormal agudo com instabilidade: ressuscitação, tipagem e transferência para serviço de ginecologia.
- Suspeita de torção anexial (dor pélvica súbita, náuseas, vômitos): transferência de urgência para avaliação cirúrgica.
- Doença inflamatória pélvica: antimicrobiano conforme o protocolo do Ministério da Saúde para infecções sexualmente transmissíveis; transferência nos casos graves, com abscesso ou falha de tratamento ambulatorial.
- Cisto ovariano roto com hemoperitônio e instabilidade: ressuscitação e transferência.

g) Violência sexual

- Atendimento emergencial, integral e multidisciplinar obrigatório, conforme a Lei nº 12.845/2013, com acolhimento, sigilo e privacidade.
- As profilaxias (anticoncepção de emergência, profilaxia pós-exposição ao HIV, às infecções sexualmente transmissíveis e à hepatite B) têm prazos a partir da violência e deverão seguir os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, na própria unidade ou no serviço de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual.
- Notificação compulsória imediata da violência sexual e comunicação aos órgãos de proteção quando a vítima for criança, adolescente ou idosa, conforme a legislação.
- A realização de boletim de ocorrência não é condição para o atendimento de saúde.

4.10 Terapia medicamentosa

Ver Anexo II. Doses conferidas com os protocolos do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da maternidade de referência, e com a padronização da unidade.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Aferição de sinais vitais e cálculo do índice de choque.
- Punção de dois acessos venosos calibrosos.
- Administração de sulfato de magnésio com vigilância de toxicidade.
- Massagem uterina e compressão bimanual.
- Sondagem vesical de demora para controle de diurese, quando indicada.
- Assistência ao parto iminente e cuidados imediatos ao recém-nascido.
- Exame especular e toque vaginal por profissional habilitado, quando indicados.

4.12 Critérios de gravidade

Índice de choque igual ou superior a 0,9, instabilidade hemodinâmica, sangramento volumoso, gestação ectópica rota, sangramento na segunda metade da gestação, PA igual ou superior a 160/110 mmHg, sinais de gravidade da pré-eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP, sepse materna, alteração do nível de consciência, edema agudo de pulmão e sofrimento fetal.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se a paciente estabilizada para transporte quando apresentar via aérea segura, controle das convulsões com sulfato de magnésio em curso, PA em redução controlada, acessos venosos funcionantes, ressuscitação volêmica em curso nas hemorragias, com uterotônico e ácido tranexâmico administrados quando indicados, e posicionamento em decúbito lateral esquerdo. A estabilização não deverá retardar a transferência de pacientes com hemorragia ativa que necessitem de tratamento cirúrgico.

4.14 Critérios para observação

Poderão permanecer em observação, para reavaliação e exames, pacientes estáveis com queixas ginecológicas de baixa gravidade ou com ameaça de abortamento sem sangramento importante, até definição do destino. Gestantes com hipertensão e puérperas com queixas deverão ter seu destino definido em articulação com a

maternidade de referência. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede Alyne (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, com a redação da Portaria GM/MS nº 5.350/2024). Deverão ser transferidas, via central de regulação e com contato prévio com a maternidade: gestantes com sinais de alerta obstétrico, síndromes hipertensivas, sangramento na segunda metade da gestação, trabalho de parto, gestação ectópica, abortamento com complicações, puérperas com HPP ou pré-eclâmpsia, e mulheres com urgências ginecológicas cirúrgicas.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

- **Maternidade de alto risco com terapia intensiva:** pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia, síndrome HELLP, HPP grave, sepse materna.
- **Hospital com centro cirúrgico e agência transfusional:** gestação ectópica rota, hemorragias com instabilidade, torção anexial.

O transporte de pacientes instáveis, em uso de sulfato de magnésio ou com hemorragia ativa deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado, em decúbito lateral esquerdo quando gestante, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o SAMU.

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, em pacientes estáveis, com quadro de baixa gravidade esclarecido e resolvido, sem sinais de alerta, com orientação por escrito sobre sinais de alarme e retorno imediato, e com vinculação ao pré-natal ou encaminhamento à Atenção Primária à Saúde ou ao serviço de referência. Gestantes deverão ter o atendimento registrado na caderneta da gestante.

4.18 Registro em prontuário

- idade gestacional, dados do pré-natal, tipagem e Rh;
- sinais vitais, índice de choque, PA seriada, batimentos cardíacos fetais;

- estimativa do sangramento;
- medicamentos (uterotônicos, ácido tranexâmico, sulfato de magnésio, anti-hipertensivos), doses, vias e horários, com vigilância de toxicidade;
- dados do parto e do recém-nascido, quando ocorrer na unidade;
- contato com a maternidade e a central de regulação, horário de aceite e de saída;
- notificações realizadas (violência, eventos);
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Índice de choque igual ou superior a 0,9, PA igual ou superior a 160/110 mmHg, convulsão, redução de reflexos ou de frequência respiratória em uso de sulfato de magnésio deverão ser comunicados imediatamente ao médico.
- Contato direto com a equipe da maternidade de destino, com informação sobre idade gestacional, diagnóstico, medicamentos administrados e condição materna e fetal.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR).

4.20 Segurança do paciente

- Sulfato de magnésio, ocitocina em infusão, anti-hipertensivos intravenosos e ácido tranexâmico são medicamentos de alta vigilância: diluição padronizada, rotulagem, bomba de infusão e dupla checagem.
- Gluconato de cálcio disponível à beira do leito durante o uso de sulfato de magnésio.
- Kits padronizados de HPP, de pré-eclâmpsia/eclâmpsia e de parto, conferidos periodicamente.
- Identificação da mãe e do recém-nascido, quando o parto ocorrer na unidade.
- Óbito materno e near miss deverão ser comunicados à vigilância epidemiológica, conforme a legislação vigente.

- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **beta-hCG** – Fração beta da gonadotrofina coriônica humana
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **FC** – Frequência cardíaca
- **HELLP** – Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia (Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets)
- **HIV** – Vírus da imunodeficiência humana
- **HPP** – Hemorragia pós-parto
- **IM** – Intramuscular
- **IV** – Intravenoso
- **OMS** – Organização Mundial da Saúde
- **OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- **PA** – Pressão arterial
- **PAD** – Pressão arterial diastólica
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **Rh** – Fator Rh (antígeno D)
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SBP** – Sociedade Brasileira de Pediatria
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio

- **UI** – Unidades internacionais
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento
- **VO** – Via oral

6. REFERÊNCIA

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem

em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018.

WOMAN TRIAL COLLABORATORS. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. The Lancet, v. 389, n. 10084, p. 2105-2116, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO recommendation on tranexamic acid for the treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO, 2017.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS GINECOLÓGICAS E OBSTÉTRICAS NA UPA

MULHER COM QUEIXA GINECOLÓGICA OU OBSTÉTRICA
acolhimento • acompanhante • classificação de risco obstétrico

↓

ABCDE • sinais vitais • ÍNDICE DE CHOQUE (FC ÷ PAS) • beta-hCG
gestante ≥ 20 semanas: decúbito lateral esquerdo

↓

HEMORRÁGICA	HIPERTENSIVA
1ª metade: ectópica/abortamento 2ª metade: sem toque vaginal HPP: massagem + ocitocina + ácido tranexâmico ≤ 3 h	PA ≥ 160/110 → anti-hipertensivo sinais de gravidade/eclâmpsia → SULFATO DE MAGNÉSIO (cálcio à beira do leito)

↓

PARTO IMINENTE	VIOLÊNCIA SEXUAL
kit de parto + reanimação neonatal ocitocina 10 UI IM pós-parto contato pele a pele	acolhimento • profilaxias no prazo notificação imediata serviço de referência

↓

ÍNDICE DE CHOQUE ≥ 0,9, instabilidade, eclâmpsia ou sinais de alerta
→ SALA DE EMERGÊNCIA + contato com a maternidade (vaga sempre)

↓

TRANSFERÊNCIA SEGURA (suporte avançado) • registro na caderneta da gestante

ANEXO II – MEDICAMENTOS DE REFERÊNCIA NAS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Doses de referência a serem conferidas com os protocolos vigentes do Ministério da Saúde, da OPAS, da maternidade de referência e com a padronização da unidade antes da utilização.

Medicamento	Esquema de referência	Observações
Sulfato de magnésio – esquema de Zuspan (IV)	Ataque: 4 g IV em 10 a 20 minutos. Manutenção: 1 g/h IV em bomba de infusão, por 24 horas após o parto ou a última convulsão.	Suspender ou reduzir se reflexo patelar ausente, frequência respiratória inferior a 16 irpm ou diurese inferior a 25 mL/h; ajustar na insuficiência renal.
Sulfato de magnésio – esquema de Pritchard (IM)	Ataque: 4 g IV + 10 g IM (5 g em cada glúteo). Manutenção: 5 g IM a cada 4 horas.	Alternativa quando não houver bomba de infusão, com as mesmas precauções.
Gluconato de cálcio a 10%	10 mL (1 g) IV lento, em cerca de 10 minutos.	Antídoto na intoxicação por magnésio (depressão respiratória, arreflexia).
Hidralazina	5 mg IV, repetida a cada 20 minutos conforme resposta, até a dose máxima definida no protocolo institucional.	PA ≥ 160/110 mmHg; evitar hipotensão.
Nifedipino de liberação imediata	10 mg VO, repetido a cada 20 a 30 minutos conforme resposta, até a dose máxima definida no protocolo institucional.	Via oral; não utilizar via sublingual.
Ocitocina – prevenção de HPP	10 UI IM após o nascimento.	Uterotônico de primeira escolha.
Ocitocina – tratamento de HPP	Conforme esquema da OPAS/padronização institucional (bolus IV lento seguido de infusão continua).	Primeira linha no tratamento da atonia uterina.
Ácido tranexâmico	1 g IV em 10 minutos, em até 3 horas após o parto; segunda dose de 1 g se o sangramento persistir após 30 minutos (OMS, 2017).	Associado aos uterotônicos, não substitui.
Metilergometrina	0,2 mg IM, conforme prescrição.	Contraindicada na hipertensão e na pré-eclâmpsia.
Misoprostol	Conforme protocolo da OPAS e padronização institucional.	Uterotônico de segunda linha.

ANEXO III – ÍNDICE DE CHOQUE E ESTIMATIVA DE GRAVIDADE NA HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Índice de choque (FC ÷ PAS)	Interpretação e conduta
< 0,9	Monitorizar; reavaliar sinais vitais e sangramento.
≥ 0,9	Perda sanguínea significativa: acionar fluxo de HPP, dois acessos calibrosos, reposição volêmica, considerar transfusão e transferência.
≥ 1,4	Hemorragia grave: medidas imediatas de ressuscitação, transfusão, traje antichoque não pneumático, se disponível, e transferência imediata para centro cirúrgico.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (2018). O índice de choque complementa, e não substitui, a avaliação clínica e a quantificação do sangramento.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:42:12 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:33:08 -04'00'	birdID Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 14:00:55 (UTC-3)



Associação
Saúde em
Movimento

ANEXO XXXVI

Protocolo de Manejo das 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



Associação
Saúde em
Movimento

PROTOCOLO

Urgências Pediátricas

1912

1. OBJETIVO

Padronizar o reconhecimento da criança gravemente enferma, a avaliação sistematizada, a estimativa de peso e o cálculo de doses, a estabilização inicial das principais urgências pediátricas (insuficiência respiratória, choque, convulsões, febre, desidratação e parada cardiorrespiratória) e o encaminhamento seguro de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), garantindo os direitos previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

2. ABRANGÊNCIA

Aplica-se à UPA Dra. Anete Maria Mota Maria, abrangendo recepção, classificação de risco, consultórios, sala de medicação e de inalação, sala de observação pediátrica, sala de emergência, farmácia, laboratório de apoio e o processo de transferência para hospital pediátrico ou unidade de terapia intensiva pediátrica ou neonatal.

Aplica-se a recém-nascidos, lactentes, crianças e adolescentes até 18 aos anos incompletos. Os demais protocolos da série aplicam-se às crianças naquilo que não conflitarem com este documento, que prevalece quanto às particularidades pediátricas e às doses.

Os profissionais abrangidos atuam conforme a respectiva competência legal:

- **Médico (preferencialmente pediatra ou com capacitação em emergência pediátrica):** avaliação, diagnóstico, prescrição com dose por peso, procedimentos, contato com a central de regulação e definição do destino.
- **Enfermeiro:** classificação de risco pediátrica, aferição de sinais vitais e do peso, triângulo de avaliação pediátrica, administração de medicamentos com dupla checagem de dose, processo de enfermagem e registro.
- **Técnico de enfermagem:** sinais vitais, pesagem, inalações, administração de medicamentos conforme prescrição e sob supervisão do enfermeiro, e registro.
- **Fisioterapeuta, quando presente:** apoio à assistência respiratória, conforme capacitação e protocolo institucional.
- **Farmacêutico:** disponibilidade de apresentações pediátricas, tabela de doses por peso, conferência de cálculos e diluições.

3. DEFINIÇÃO

- **Faixas etárias:** recém-nascido: até 28 dias; lactente: 29 dias a 1 ano; criança: 1 ano até o início da puberdade; adolescente: conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, de 12 a 18 anos incompletos.
- **Triângulo de avaliação pediátrica (TAP):** avaliação visual e auditiva rápida, sem tocar a criança, de três componentes: aparência (tônus, interação, consolabilidade, olhar, fala ou choro), trabalho respiratório e circulação cutânea; orienta a classificação inicial em estável, desconforto ou insuficiência respiratória, choque, disfunção do sistema nervoso central ou insuficiência cardiopulmonar.
- **Insuficiência respiratória:** incapacidade de manter oxigenação e/ou ventilação adequadas, com risco de progressão para parada respiratória.
- **Choque:** estado de perfusão tecidual inadequada, compensado (pressão arterial normal, com taquicardia e má perfusão) ou hipotensivo; a hipotensão é sinal tardio na criança.
- **Sepse pediátrica:** infecção suspeita ou confirmada com disfunção orgânica com risco de morte; os Critérios de Phoenix (2024) definem sepse por pontuação igual ou superior a 2 no escore de Phoenix e choque séptico por sepse com disfunção cardiovascular.
- **Estado de mal epiléptico:** crise convulsiva com duração igual ou superior a 5 minutos ou crises recorrentes sem recuperação da consciência entre elas.
- **Desidratação:** perda de água e eletrólitos, classificada clinicamente pelo Ministério da Saúde em sem desidratação, com desidratação e com desidratação grave, orientando os planos A, B e C de hidratação.

4. DIRETRIZES

A assistência à criança na UPA deverá obedecer à seguinte sequência operacional:

TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA → ABCDE (AVALIAÇÃO PRIMÁRIA) → PESO (AFERIDO OU ESTIMADO) E CÁLCULO DE DOSES → ESTABILIZAÇÃO DIRIGIDA → AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA E EXAMES → REAVALIAÇÃO → DESTINO

4.1 Reconhecimento e identificação inicial do paciente

- Aplicar o triângulo de avaliação pediátrica já na chegada; alteração de qualquer componente exige avaliação imediata.
- Sinais de alerta: letargia ou irritabilidade inconsolável, gemência, tiragens, batimento de asa de nariz, apneia, cianose, palidez ou pele mosqueada, enchimento capilar lento, convulsão, petéquias ou púrpura, recusa alimentar, vômitos incoercíveis, redução de diurese, febre em lactente com menos de 3 meses.
- Garantir a permanência do acompanhante em tempo integral (Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 12).
- Identificar a criança conforme o protocolo institucional de identificação segura, com pulseira adequada ao tamanho.

4.2 Critérios clínicos

Obter história com o responsável: queixa, início e evolução, febre, vômitos, diarreia, diurese, alimentação, convulsões, traumas, exposições tóxicas, comorbidades, prematuridade, medicamentos, alergias, vacinação e peso recente. Considerar a possibilidade de maus-tratos diante de história incompatível com as lesões ou com o desenvolvimento, demora na procura de atendimento, lesões em diferentes estágios ou localizações atípicas.

4.3 Avaliação inicial

- Sinais vitais completos com interpretação por faixa etária (Anexo II): frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial (com manguito adequado), temperatura, saturação periférica de oxigênio (SpO2), enchimento capilar e glicemia capilar quando indicada.
- **Peso:** aferir sempre que possível; na criança grave, estimar por fita baseada em comprimento ou fórmula padronizada pela instituição (Anexo II), e registrar se o peso foi aferido ou estimado.
- Escala de dor adequada à idade.

- Escala de Coma de Glasgow pediátrica ou AVDI (alerta, responde à voz, responde à dor, inconsciente).

4.4 Classificação de risco

A classificação de risco deverá utilizar protocolo com discriminadores pediátricos adotado pela instituição, observada a Resolução CFM nº 2.079/2014. Crianças com triângulo de avaliação alterado, sinais de alerta ou alteração importante de sinais vitais para a idade deverão ser encaminhadas imediatamente à sala de emergência.

4.5 Avaliação ABCDE

- **A – Via aérea:** posicionamento (coxim sob os ombros em lactentes), aspiração de secreções, desobstrução; corpo estranho conforme técnica para a idade; via aérea avançada por profissional capacitado, com material pediátrico de todos os tamanhos.
- **B – Respiração:** frequência respiratória, trabalho respiratório, ausculta, SpO2; oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98% nas situações agudas; ventilação com bolsa-válvula-máscara de tamanho adequado se apneia ou respiração ineficaz.
- **C – Circulação:** frequência cardíaca, pulsos centrais e periféricos, enchimento capilar, temperatura das extremidades, pressão arterial, diurese; acesso venoso periférico e, se não obtido rapidamente na criança grave, acesso intraósseo por profissional capacitado.
- **D – Neurológico:** nível de consciência, pupilas, glicemia capilar (corrigir hipoglicemia), convulsões.
- **E – Exposição:** temperatura, exantemas, petéquias e púrpura, lesões sugestivas de trauma ou maus-tratos, prevenção de hipotermia.

4.6 Exames complementares

Dirigidos pela hipótese, conforme disponibilidade: glicemia capilar; hemograma, proteína C-reativa, eletrólitos, gasometria e lactato na criança grave; exame de urina e urocultura (coleta adequada à idade) na febre sem foco; hemocultura antes do

antimicrobiano quando não houver atraso; radiografia de tórax quando indicada. Exames não deverão retardar a estabilização nem a transferência.

4.7 Monitorização

- Monitorização cardíaca e oximetria contínuas na criança grave.
- Reavaliação do triângulo de avaliação pediátrica e dos sinais vitais após cada intervenção.
- Balanço hídrico e diurese (pesagem de fraldas) na desidratação e no choque.
- Glicemia capilar seriada em lactentes graves, com jejum prolongado ou convulsões.

4.8 Condutas iniciais

- Todas as doses deverão ser calculadas por peso, com registro do peso utilizado, e conferidas por dois profissionais, utilizando tabela ou ferramenta de doses padronizada pela instituição (Anexo III).
- Evitar procedimentos dolorosos desnecessários e permitir que a criança permaneça no colo do responsável sempre que possível.
- Manter a criança aquecida, em especial recém-nascidos e lactentes.

4.9 Tratamento

a) Desconforto e insuficiência respiratória

- **Bronquiolite:** suporte (aspiração nasal, oxigênio se SpO2 abaixo do alvo, hidratação); broncodilatadores e corticosteroides não são recomendados de rotina; transferência se apneia, desconforto importante, hipoxemia persistente, recusa alimentar ou idade inferior a 3 meses com fatores de risco.
- **Crise de asma:** broncodilatador de curta ação por aerossol dosimetrado com espaçador, repetido; corticosteroide sistêmico precoce; brometo de ipratrópio nas crises graves; sulfato de magnésio intravenoso nas crises graves refratárias, conforme o Anexo III e a GINA.

- **Laringite (crupe):** corticosteroide (dexametasona) e, nos casos moderados a graves com estridor em repouso, nebulização com adrenalina, com observação após a adrenalina.
- **Pneumonia:** antimicrobiano conforme guia institucional; transferência se sinais de gravidade.
- **Obstrução por corpo estranho:** manobras de desobstrução conforme a idade e a condição de consciência.
- Insuficiência respiratória grave ou exaustão: ventilação com bolsa-válvula-máscara e via aérea avançada por profissional capacitado; transferência para terapia intensiva.

b) Choque e sepse

- Oxigênio, acesso venoso ou intraósseo imediato, glicemia capilar.
- Reposição volêmica com cristaloide em bolus de 10 a 20 mL/kg, com reavaliação clínica após cada bolus (frequência cardíaca, perfusão, pressão arterial, hepatomegalia e estertores), interrompendo se houver sinais de sobrecarga (Surviving Sepsis Campaign pediátrica, 2020).
- Antimicrobiano o mais precocemente possível, idealmente em até 1 hora na criança com choque séptico, conforme o guia institucional.
- Vasoativo (adrenalina ou noradrenalina) se o choque persistir após 40 a 60 mL/kg de fluidos, ou antes em caso de sinais de sobrecarga, por acesso periférico ou intraósseo, conforme padronização.
- Choque cardiogênico ou hipovolêmico hemorrágico exigem condutas específicas (fluidos em menor volume ou hemocomponentes).

c) Crise convulsiva e estado de mal epiléptico

- Proteger a criança, posicionar em decúbito lateral, aspirar, oferecer oxigênio e verificar glicemia capilar.
- Crise com duração igual ou superior a 5 minutos: benzodiazepínico (midazolam por via intramuscular, intranasal ou bucal, ou diazepam ou midazolam intravenosos), conforme o Anexo III; pode ser repetido uma vez.

- Persistência após duas doses de benzodiazepínico: fármaco de segunda linha (fenitoína ou fosfenitoína, fenobarbital, levetiracetam ou ácido valproico, conforme disponibilidade e protocolo), com monitorização e preparo para via aérea avançada; conduta detalhada no protocolo SINOP-PROT.ENF020.
- Crise febril simples em criança com bom estado geral após a crise: observação e investigação da febre; primeira crise ou crise complexa exigem avaliação médica ampliada.

d) Febre

- Recém-nascidos e lactentes com menos de 3 meses com febre (temperatura igual ou superior a 38 °C) deverão ser avaliados de forma ampliada, com exames e, nos menores de 28 dias ou com toxemia, antimicrobiano e transferência para serviço pediátrico.
- Febre com petéquias ou púrpura, rigidez de nuca, toxemia ou alteração do nível de consciência: tratar como possível infecção bacteriana grave (meningococcemia, meningite), com antimicrobiano imediato e transferência.
- Antitérmicos para conforto (paracetamol ou dipirona conforme padronização); não alternar antitérmicos de rotina.

e) Desidratação e diarreia aguda

- Classificar a desidratação segundo o Ministério da Saúde e aplicar o plano correspondente (Anexo IV).
- **Plano A (sem desidratação):** hidratação oral em domicílio, alimentação habitual, zinco e sinais de alarme.
- **Plano B (com desidratação):** solução de reidratação oral (SRO) na unidade, sob supervisão.
- **Plano C (desidratação grave):** hidratação intravenosa (ou intraóssea) imediata conforme o esquema do Ministério da Saúde, com reavaliações frequentes.
- Antieméticos e antimicrobianos somente em situações específicas, conforme prescrição.

f) Parada cardiorrespiratória pediátrica

- A causa mais comum na criança é respiratória ou por choque; a ventilação é prioritária.
- RCP de alta qualidade: compressões com profundidade de pelo menos um terço do diâmetro anteroposterior do tórax (cerca de 4 cm no lactente e 5 cm na criança), frequência de 100 a 120 por minuto, retorno completo do tórax; relação compressão-ventilação de 15:2 com dois socorristas e 30:2 com um socorrista.
- Ritmos chocáveis: desfibrilação com 2 J/kg no primeiro choque e 4 J/kg no segundo, podendo aumentar até 10 J/kg ou a dose do adulto (Anexo III).
- Adrenalina 0,01 mg/kg IV ou IO a cada 3 a 5 minutos; antiarrítmico (amiodarona ou lidocaína) na FV/TVSP refratária.
- Pesquisar e tratar causas reversíveis (hipóxia, hipovolemia, hipotermia, hipo/hiperpotassemia, hipoglicemia, pneumotórax, tamponamento, intoxicações, trombose).
- Recém-nascidos em sala de parto seguem as diretrizes de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

g) Outras situações

- **Hipoglicemia:** glicose intravenosa conforme o Anexo III e investigação da causa.
- **Anafilaxia:** adrenalina intramuscular 0,01 mg/kg (máximo 0,3 mg na criança pré-púbere e 0,5 mg no adolescente), conforme o protocolo 2.24.
- **Intoxicações:** protocolo SINOP-PROT.ENF025, com contato precoce com o CIATox.
- **Trauma:** protocolo SINOP-PROT.ENF019, com as particularidades pediátricas.
- **Cetoacidose diabética:** risco de edema cerebral; reposição volêmica e insulina conforme protocolo pediátrico específico e transferência.

4.10 Terapia medicamentosa

Ver Anexo III. Todas as doses são por peso, com dose máxima de adulto, e deverão ser conferidas com a padronização institucional, a bula e as diretrizes vigentes.

4.11 Procedimentos assistenciais

- Pesagem ou estimativa de peso.
- Aspiração de vias aéreas e inalação com espaçador ou nebulização.
- Oxigenoterapia com dispositivos pediátricos.
- Punção venosa periférica e acesso intraósseo por profissional capacitado, conforme as normas profissionais.
- Hidratação oral supervisionada e hidratação venosa.
- Ventilação com bolsa-válvula-máscara pediátrica e manejo da via aérea.
- Coleta de urina por técnica adequada à idade.

4.12 Critérios de gravidade

- Triângulo de avaliação pediátrica alterado, em especial aparência alterada.
- Insuficiência respiratória, apneia, SpO2 persistentemente abaixo do alvo.
- Choque, hipotensão para a idade, enchimento capilar prolongado.
- Estado de mal epiléptico ou rebaixamento do nível de consciência.
- Febre em lactente com menos de 3 meses, petéquias ou púrpura, toxemia.
- Desidratação grave.
- Suspeita de maus-tratos com lesões graves.

4.13 Critérios de estabilização

Considera-se a criança estabilizada para transporte quando apresentar via aérea pérvia e protegida, SpO2 no alvo, perfusão e sinais vitais adequados para a idade com o suporte instituído, glicemia normal, crises controladas, acesso venoso ou intraósseo funcionante e temperatura controlada.

4.14 Critérios para observação

Poderão permanecer em observação pediátrica, com reavaliações seriadas, crianças com resposta favorável ao tratamento inicial (por exemplo, crise de asma leve a moderada após broncodilatador, desidratação em plano B, crupe após

adrenalina inalatória), com o responsável presente. A permanência deverá obedecer ao limite definido pela normatização vigente para UPA e pela instituição.

4.15 Critérios de internação ou transferência

A UPA não realiza internação definitiva e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, Anexo III). Deverão ser transferidos, via central de regulação, para hospital pediátrico ou leito pediátrico: crianças com critérios de gravidade, resposta insuficiente ao tratamento, necessidade de suporte ventilatório ou vasoativo, recém-nascidos e lactentes jovens com febre, desidratação grave, necessidade de investigação ou tratamento hospitalar e situações de risco social que impeçam a alta segura.

4.16 Critérios de encaminhamento para serviço de maior complexidade

Unidade de terapia intensiva pediátrica ou neonatal para insuficiência respiratória, choque, estado de mal epiléptico, pós-parada cardiorrespiratória e cetoacidose diabética grave. O transporte deverá ser realizado em ambulância de suporte avançado com equipe e material pediátricos, com o responsável acompanhando sempre que possível, conforme fluxo pactuado com a central de regulação e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

4.17 Critérios de alta

A alta poderá ser considerada, a critério médico, quando a criança apresentar triângulo de avaliação pediátrica normal, sinais vitais adequados para a idade, boa aceitação oral, diurese presente, responsável capaz de compreender as orientações e condições de retorno. Na alta, fornecer orientação por escrito sobre sinais de alarme (dificuldade para respirar, sonolência, recusa alimentar, vômitos persistentes, redução de diurese, manchas na pele, convulsão), prescrição com dose por peso e encaminhamento à Atenção Primária à Saúde.

4.18 Registro em prontuário

- identificação da criança e do responsável;
- peso aferido ou estimado (com o método);
- triângulo de avaliação pediátrica, sinais vitais e sua interpretação para a idade;

- medicamentos com dose por kg, dose total, via, horário e dupla checagem;
- intervenções, resposta e reavaliações;
- notificações e comunicações ao Conselho Tutelar, quando aplicáveis;
- contato com a central de regulação ou orientações de alta;
- anotações de enfermagem, conforme o processo de enfermagem (Resolução COFEN nº 736/2024).

4.19 Comunicação entre profissionais

- Alteração do triângulo de avaliação pediátrica ou de sinais vitais deverá ser comunicada imediatamente ao médico.
- Comunicação com o responsável em linguagem acessível, envolvendo-o nas decisões.
- Passagem de caso com ferramenta estruturada (por exemplo, SBAR), com peso e doses administradas.
- Suspeita ou confirmação de maus-tratos: comunicação obrigatória ao Conselho Tutelar (Estatuto da Criança e do Adolescente, art. 13) e notificação compulsória de violência, sem prejuízo do atendimento e da proteção da criança.

4.20 Segurança do paciente

- Erros de dose são o principal risco na pediatria: dose por peso, tabela padronizada, conferência dupla e registro da dose em mg e em mL.
- Carro de emergência pediátrico com materiais de todos os tamanhos e fita de estimativa de peso, conferido periodicamente.
- Prevenção de quedas (berços e macas com grades) e de hipotermia.
- Presença do responsável e ambiente acolhedor.
- Notificação de incidentes ao Núcleo de Segurança do Paciente, conforme a RDC ANVISA nº 36/2013 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria GM/MS nº 529/2013).

5. GLOSSÁRIO

- **ABCDE** – Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (via aérea, respiração, circulação, estado neurológico, exposição)
- **ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- **APS** – Atenção Primária à Saúde
- **AVDI** – Alerta, responde à Voz, responde à Dor, Inconsciente
- **CFM** – Conselho Federal de Medicina
- **CIATox** – Centro de Informação e Assistência Toxicológica
- **COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- **FC** – Frequência cardiaca
- **FR** – Frequência respiratória
- **FV/TVSP** – Fibrilação ventricular/taquicardia ventricular sem pulso
- **GINA** – Global Initiative for Asthma
- **IM** – Intramuscular
- **IO** – Intraóssea
- **IV** – Intravenosa
- **O2** – Oxigênio
- **PAS** – Pressão arterial sistólica
- **PCR** – Parada cardiorrespiratória
- **RCP** – Ressuscitação cardiopulmonar
- **RDC** – Resolução da Diretoria Colegiada
- **SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- **SBAR** – Situação, Breve histórico, Avaliação, Recomendação
- **SBP** – Sociedade Brasileira de Pediatria
- **SpO2** – Saturação periférica de oxigênio
- **SRO** – Solução de reidratação oral
- **TAP** – Triângulo de avaliação pediátrica
- **UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

- **UTI** – Unidade de terapia intensiva
- **VO** – Via oral

6. REFERÊNCIA

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: pediatric basic and advanced life support. Circulation, v. 152, supl. 2, 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jul. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia. Brasília: Ministério da Saúde. [edição vigente – VALIDAR]

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Anexo III – Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 abr. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 736, de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: COFEN, 2024.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.079, de 14 de agosto de 2014. Dispõe sobre a normatização do funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h e congêneres. Brasília: CFM, 2014.

GLAUSER, T. et al. Evidence-based guideline: treatment of convulsive status epilepticus in children and adults: report of the Guideline Committee of the American Epilepsy Society. Epilepsy Currents, v. 16, n. 1, p. 48-61, 2016.

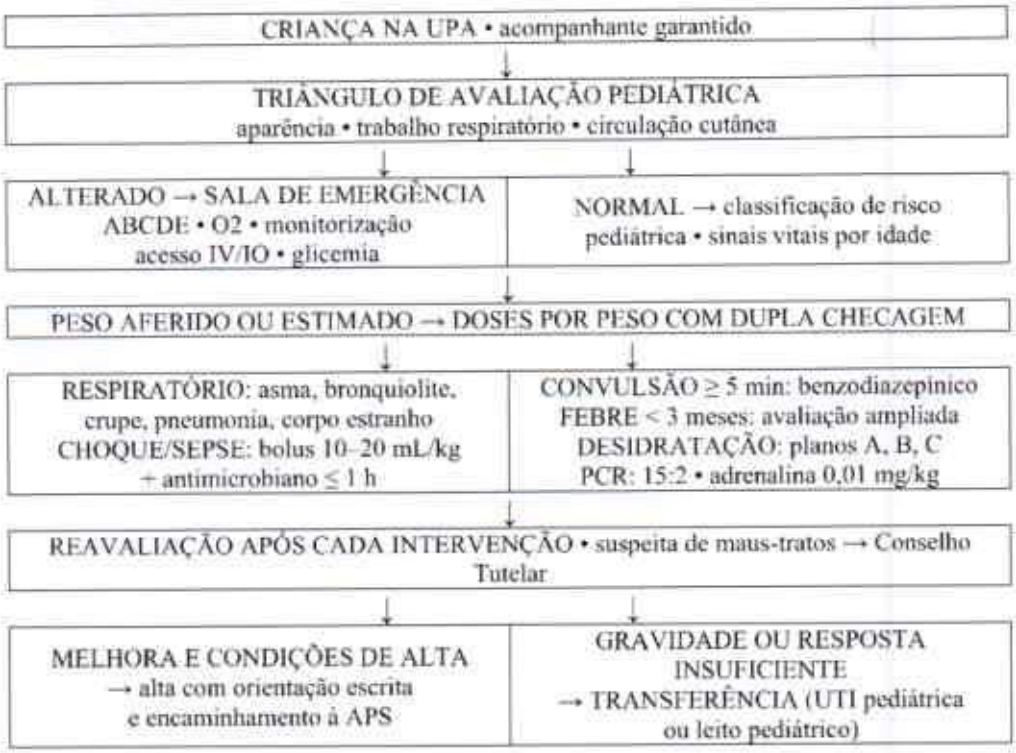
SCHLAPBACH, L. J. et al. International consensus criteria for pediatric sepsis and septic shock. JAMA, v. 331, n. 8, p. 665-674, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2022.

WEISS, S. L. et al. Surviving Sepsis Campaign international guidelines for the management of septic shock and sepsis-associated organ dysfunction in children. Pediatric Critical Care Medicine, v. 21, n. 2, p. e52-e106, 2020.

7. ANEXOS

ANEXO I – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS NA UPA



ANEXO II – SINAIS VITAIS DE REFERÊNCIA E ESTIMATIVA DE PESO

Faixa etária	FC (bpm) – acordado	FR (irpm)	PAS mínima (hipotensão abaixo de)
Recém-nascido (até 28 dias)	100 a 205	30 a 53	60 mmHg
Lactente (1 a 12 meses)	100 a 180	30 a 53	70 mmHg
Criança de 1 a 2 anos	98 a 140	22 a 37	70 + (2 × idade em anos) mmHg
Pré-escolar (3 a 5 anos)	80 a 120	20 a 28	70 + (2 × idade em anos) mmHg
Escolar (6 a 11 anos)	75 a 118	18 a 25	70 + (2 × idade em anos) mmHg até 10 anos
Adolescente (12 a 15 anos)	60 a 100	12 a 20	90 mmHg
Valores aproximados, de referência do suporte avançado de vida pediátrico da American Heart Association; interpretar conforme o estado clínico, febre, dor e choro.			

Estimativa de peso na criança grave: utilizar preferencialmente fita de estimativa baseada no comprimento; na indisponibilidade, fórmula padronizada pela instituição (por exemplo, para crianças de 1 a 10 anos: peso em kg ≈ 2 × (idade em anos + 4)). Registrar sempre o método utilizado.

ANEXO III – DOSES PEDIÁTRICAS DE REFERÊNCIA

Doses de referência por peso, com limite na dose de adulto, a serem conferidas com a padronização institucional, as diretrizes vigentes e a bula antes da utilização.

Medicamento / intervenção	Dose de referência	Observações
Adrenalina (PCR)	0,01 mg/kg IV/IO (0,1 mL/kg da solução 0,1 mg/mL), máximo 1 mg, a cada 3 a 5 minutos	Diluir conforme padronização.
Desfibrilação	2 J/kg; a seguir 4 J/kg; doses subsequentes ≥ 4 J/kg, até 10 J/kg ou dose de adulto	Pás pediátricas quando indicado.
Amiodarona (FV/TVSP refratária)	5 mg/kg IV/IO em bolus, máximo 300 mg; pode repetir até 15 mg/kg	Alternativa: lidocaína 1 mg/kg.
Adrenalina IM (anafilaxia)	0,01 mg/kg da solução 1 mg/mL, máximo 0,3 mg (pré-púbere) ou 0,5 mg (adolescente)	Face anterolateral da coxa; repetir após 5 minutos se necessário.
Cristaloide (choque)	Bolus de 10 a 20 mL/kg, com reavaliação após cada bolus	Interromper se sinais de sobrecarga.
Glicose (hipoglicemia)	Glicose a 10%, 2 a 5 mL/kg IV	Evitar soluções muito concentradas em veia periférica de lactentes.
Midazolam (convulsão)	IM: 0,2 mg/kg (máximo 10 mg); intranasal ou bucal conforme padronização; IV: 0,1 a 0,2 mg/kg	Pode repetir uma vez.
Diazepam (convulsão)	IV: 0,15 a 0,2 mg/kg (máximo 10 mg); retal conforme padronização	Pode repetir uma vez.
Salbutamol (crise de asma)	Aerossol dosimetrado com espaçador, número de jatos conforme idade e gravidade (GINA), a cada 20 minutos na primeira hora	Nebulização como alternativa.
Prednisolona / prednisona	1 a 2 mg/kg/dia, máximo conforme diretriz vigente	Crise de asma.
Dexametasona (crupe)	0,15 a 0,6 mg/kg, dose única, VO, IM ou IV	Conforme gravidade.
Sulfato de magnésio (asma grave)	Conforme diretriz vigente e padronização	Monitorar pressão arterial.
Antitérmicos	Paracetamol ou dipirona, conforme padronização institucional por peso	Não alternar de rotina.

ANEXO IV – AVALIAÇÃO DA DESIDRATAÇÃO E PLANOS DE HIDRATAÇÃO (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Observar/explorar	Sem desidratação	Com desidratação (2 ou mais sinais)	Desidratação grave (2 ou mais sinais, incluindo pelo menos 1 marcado com *)
Estado geral	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar	Normal (até 3 s)	Prejudicado (3 a 5 s)	Muito prejudicado (mais de 5 s)*
Conduta	Plano A	Plano B	Plano C

Plano C: hidratação venosa (ou intraóssea) imediata, conforme o esquema vigente do Ministério da Saúde para a faixa etária, com reavaliação frequente e transição para a via oral assim que possível.

8. VALIDAÇÃO E APROVAÇÃO DO DOCUMENTO

A validade dos documentos institucionais é contada a partir da data de aprovação e permanece até sua revisão, atualização ou cancelamento, devendo a data prevista para a próxima revisão, definida com base na data de emissão do documento e na periodicidade estabelecida, constar obrigatoriamente no rodapé.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROVADO POR
Daniel Davila Médico RT CRM-MT: 14894 RT	**Talita Oliveira** Gerente Assistencial/Enfermeira RT Coren MT - 559429	**Alyne Mota** Superintendente Assistencial Corporativo
DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Assinado de forma digital por DANIEL LOPEZ DAVILA:07414845109 Dados: 2026.10.02 10:42:57 -04'00'	TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Assinado de forma digital por TALITA CONCEICAO DE OLIVEIRA:01402391110 Dados: 2026.10.02 15:25:00 -04'00'	Documento assinado digitalmente por: ALYNE NUNES MOTA 009.930.351-59 06/10/26 às 14:01:22 (UTC-3) birdID



Associação
Saúde em
Movimento