

PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA

FORTALEZA, CEARÁ 2018


Imprensa
Universitária
UFC

Fernanda Jorge Magalhães
Francisca Elisângela Teixeira Lima



Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria

Fernanda Jorge Magalhães
Francisca Elisângela Teixeira Lima



FORTALEZA

2018



DEDICATÓRIA

A Deus, toda a honra e toda a glória! Ele que confiou a mim o dom da vida, a saúde, a capacidade de compartilhar e de doar-me com a dor do outro, sofrer com ele, cuidar dele, por possibilitar aprender e caminhar até aqui, e daqui por diante... Aos meus pais e à minha irmã que tanto me incentivaram e me motivaram na concretização desse sonho, às orientações das professoras-amigas que a academia me proporcionou, aos enfermeiros atuantes na Unidade de Urgência e Emergência Pediátrica e, em especial, às crianças e suas famílias por contribuírem para a pesquisa científica e o aprimoramento do cuidado em Enfermagem.

Muito obrigada!





EPÍGRAFE

“Os meus passos são Teus,
o meu próximo minuto é Teu,
Se não for assim, não me deixe ir.
Dou minha mão para Ti,
Fecho os olhos e confio em Ti,
Leva-me Senho!”

(Juninho Casimiro)



APOIO

Universidade Federal do Ceará
Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza
Hospitais Municipais de Fortaleza

Dados Internacionais de Catalogação na publicação

Universidade Federal do Ceará

M188p Magalhães, Fernanda Jorge.
Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Em Pediatria [livro eletrônico] / Fernanda
Jorge Magalhães e Francisca Elisângela Teixeira Lima . – Fortaleza : Imprensa Universitária, 2018.- 2018.
2700 Kb. : il. color., enc. ; 27cm.

ISBN: 978-85-7485-334-5

1. Acolhimento. 2. Pediatria. 3. Classificação de risco. I. Lima, Francisca Elisângela Teixeira.
II. Título.

SUMÁRIO

1	Apresentação Do Protocolo	12
2	Introdução	13
3	Especialidades	14
4	Conceitos	15
5	Potenciais Utilizadores	16
6	Competências Da Equipe de Classificação	17
7	População Alvo e Grupo de Risco	18
8	Objetivo Geral	19
9	Objetivos Operacionais	19
10	Resultados Esperados	20
11	Organização Do Processo de Atendimento	21
12	Critérios De Classificação	22
13	Avaliação Da Criança E/Ou Adolescente	23
14	Fluxograma Acolhimento com Classificação De Risco	24
15	Classificação De Risco Prioridade De Atendimento	25
16	Discriminadores De Classificação De Risco	26
17	Abstinência Grave De Álcool E Drogas	26
17.1	Alteração Dos Sinais Vitais	27
17.2	Alteração Hidroeletrolítica	28
17.3	Alteração No Nível De Consciência	29
17.4	Alteração Respiratória	30
17.5	Comprometimento Hemodinâmico	31
17.6	Doença Psiquiátrica Ou Comportamental	32
17.7	Dor	33
17.8	Dor Abdominal	34
17.9	Dor De Cabeça (Cefaleia)	35
17.10	Dor Torácica	36
17.11	Gravidez Superior A 20 Semanas	37

17.12	Hemiparesia Aguda	38
17.13	Hemorragia	38
17.14	História De Diabetes Mellitus	38
17.15	Imunossupressão	39
17.16	Infecção	39
17.17	Intoxicação Exógena E/Ou Anafilaxia	39
17.18	Parada Cardiorrespiratória	40
17.19	Queimadura E/Ou Lesões De Pele	41
17.20	Trauma Torácico	42
17.21	Trauma Craniano	43
17.22	Situações Especiais	44
17.23	Anexos	45
18	Referências	53

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Fluxograma de Atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	24
Figura 2	Escala de Dor em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	50
Figura 3	Avaliação da Superfície Corporal Queimada em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.	51

LISTA DE ABREVIACÕES

ACCR	.....	Acolhimento com Classificação de
COFEN	.....	Conselho Federal de Enfermagem
ECG	.....	Escala de Coma de Glasgow
SUS	.....	Sistema nico de Saúde
FC	.....	Frequência Cardíaca
FR	.....	Frequência Respiratória
PA	.....	Pressão Arterial
Sat O2	.....	Saturao de Oxignio
SCQ	.....	Superfície Corporal Queimada
SNC	.....	Sistema Nervoso Central
T	.....	Temperatura

PREFÁCIO

O Julgamento clínico e a tomada de decisão são considerados desafios amplos e determinantes ante as diversas situações no cotidiano do profissional de saúde.

Dentre estas, destacam-se as situações de urgência/emergência, as quais priorizam as informações e as condições clínicas para determinação da gravidade e do risco de morte de usuários de saúde nas portas de entrada dos serviços de saúde.

No Brasil, em 2006 foram evidenciadas as principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, as quais compreendem a importância do acolhimento com classificação de risco (ACCR).

O acolhimento refere-se ao agir com ética, com compromisso, com reconhecimento do outro e atitude de acolher em todos os ambientes de saúde. A expressão classificação de risco é o ato de identificar a queixa principal (discriminador clínico em saúde) manifestada ou relatada pelos usuários e/ou respectivos acompanhantes, com intuito de estabelecer uma lista de atendimento com base no risco clínico e não na ordem de chegada.

Para a realização do ACCR em Pediatria, torna-se evidente que os profissionais de saúde, obtenham conhecimento, habilidade e atitude para acolher, escutar e orientar, de maneira adequada, para identificar o grau de sofrimentos e os agravos do usuário de saúde, com o intuito de tomar a atitude para a determinação da prioridade de atendimento.

Diante desse contexto, evidencia-se o uso do "PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM PEDIATRIA" como uma tecnologia em saúde confiável e válida quanto ao conteúdo, à aparência e na prática clínica. O qual tem como objetivo orientar o profissional classificador na identificação dos indicadores clínicos de saúde (queixa principal) de crianças e adolescentes em situação de urgência/emergência, além de favorecer o julgamento clínico e a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento por meio de cinco cores (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul) que indicam o tempo de espera para o atendimento médico.

Esta publicação é resultante de um trabalho coletivo em que agradeço, especialmente, a Deus, à minha família, à Prof.^a Dr.^a Francisca Elisângela Teixeira Lima (orientadora desta tecnologia em saúde), aos enfermeiros experts em ACCR em Pediatria, às crianças/adolescentes e seus acompanhantes que se tornaram articuladores da realização deste sonho.

Obrigada a todos!

Fernanda Jorge Magalhães
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará

APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO

O Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) em Pediatria trata-se de um instrumento de tecnologia em saúde baseado em discriminadores (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas associadas) como forma usual de apresentação de doenças e/ou agravos.

Este instrumento possibilita a classificação da prioridade de atendimento por meio de critérios de risco e por uma avaliação direcionada à gravidade ou ao grau de sofrimento da criança e/ou adolescente, identificando, prontamente, os pacientes em situação de urgências e emergências.

- **Grau de recomendação** - nível de evidência: B. (Adaptado de Projeto de Diretrizes AMB-CFM)

INTRODUÇÃO

A classificação de risco, por vezes, denominada de triagem consiste na separação e na classificação de risco do paciente a partir da determinação da prioridade de atendimento e do direcionamento ao tratamento em local apropriado. Para isso, aplicam-se critérios de risco que determinam sua probabilidade de sobrevivência a partir das condições clínicas de saúde (MAFRA, 2008; MAGALHÃES 2012).

Essa classificação deve ser feita munida de intervenções de acolhimento, por isso a denominação de Acolhimento com Classificação de Risco. O qual é considerado uma estratégia de reorganização do processo de trabalho, que favorece o atendimento ao que procuram os serviços de saúde, de modo a fortalecer a universalidade com busca da integralidade e equidade, fundamentadas na ética e na cidadania (SANTOS, 2014).

Essa expectativa de humanização quanto ao atendimento em saúde com acesso rápido e eficaz é crescente. Para tanto, as unidades de urgências/emergências necessitam de estrutura física, de recursos humanos e de equipamentos adequados para tal. Para isso, o manejo da classificação de risco requer equipes envolvidas, preparadas e capacitadas para identificar as prioridades de atendimento do paciente.

E, neste contexto podem utilizar-se do Protocolo de ACCR em Pediatria como instrumento confiável, válido e seguro para a tomada de decisão na determinação da prioridade de atendimento (MAGALHÃES et al., 2017).



ESPECIALIDADES

Urgências e
Emergências
em Pediatria

CONCEITOS

O termo **emergência** se refere à ocorrência imprevista, com risco potencial à vida, cujo portador necessita de atenção imediata, a fim de se garantir a integridade das funções vitais básicas; e o termo **urgência** corresponde à condição de agravos à saúde, com risco real e iminente à vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecida por critérios médicos previamente definidos, mediante procedimentos de proteção, manutenção ou recuperação das funções vitais acometidas. Ou seja, ambos os termos se referem aos agravos à saúde que necessitam de atenção médica imediata (ROMANI et al., 2009).

POTENCIAIS UTILIZADORES DO PROTOCOLO

Enfermeiros, médicos e profissionais da saúde que estejam dotados de conhecimentos e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento.

Sabe-se que, na prática clínica, o profissional que mais realiza a classificação de risco são os enfermeiros. Portanto, de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 423/2012, no âmbito da equipe de Enfermagem, refere que a classificação de risco e a priorização da assistência em serviços de urgência e emergência são privativas do enfermeiro, observando às disposições legais da profissão. Para executar essas atividades o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento e para realização da consulta de Enfermagem no Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) (COFEN, 2012).

COMPETÊNCIAS DA EQUIPE DE CLASSIFICAÇÃO

O acolhimento com classificação de risco deve ser executado por uma equipe multiprofissional em saúde formada por: assistente social, enfermeiro, médico, auxiliar administrativo e técnico de enfermagem.

O profissional classificador ou triador precisa ter habilidade e sensibilidade para analisar as informações e as expressões do usuário de saúde à situação de urgência/emergência, além de manter uma postura ética, empatia, comunicação adequada e transmitir segurança para o usuário, acompanhante e família.

É, durante a investigação criteriosa e direcionada que o profissional classificador identifica os discriminadores e os indicadores clínicos de saúde relacionados às condições de risco para complicações ou morte nas filas de espera. Por isso, os profissionais precisam demonstrar familiaridade com o perfil da demanda, preparo técnico e emocional para avaliar e tomar a decisão, além de favorecer orientações à criança, ao adolescente e ao responsável quando necessário.



POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Crianças e adolescentes que se encontram em agravos de urgência ou emergência e procuram as portas de entrada da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

OBJETIVO GERAL

Determinar a prioridade de atendimento da criança ou adolescente em situação de urgência/emergência a partir da utilização de cinco classificações: vermelho – Prioridade I, laranja – Prioridade II, amarelo– Prioridade III, verde– Prioridade IV e azul– Prioridade V, com o intuito de melhoria no atendimento de saúde nas unidades de Urgência/Emergência Pediátricas com redução dos riscos de complicações e morte de crianças e adolescentes.

OBJETIVOS OPERACIONAIS

1. Determinar a prioridade para atendimento médico, hierarquizando-o conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar com segurança;
2. Organizar o processo de trabalho e o espaço físico da unidade;
3. Reduzir ocorrência de superlotação;
4. Esclarecer à comunidade quanto à forma de atendimento e o tempo de espera;
5. Utilizar o protocolo como uma tecnologia em saúde de referência para o Ministério da Saúde na determinação do atendimento dos casos de urgência/emergência em pediatria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reduzir o risco de mortes evitáveis nas filas de espera;
2. Aumentar eficácia do atendimento, com redução do tempo de espera;
3. Priorizar atendimento conforme critérios clínicos e não por ordem de chegada;
4. Garantir acesso à rede de atenção em saúde, garantindo continuidade do cuidado;
5. Encaminhar para serviços especializados e de referência, quando necessário;
6. Possibilitar que a classificação de risco seja realizada por profissional competentes ou habilitados para tal prática;
7. Diminuir ansiedade do usuário e seus acompanhantes;
8. Aumentar satisfação dos profissionais e usuários.

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO

A criança e/ou adolescente que chegar na Instituição de saúde, acompanhado com seu responsável, deverá ser acolhido, prontamente, por toda a equipe profissional. O paciente será recepcionado pelo porteiro e direcionado à unidade de urgência/emergência ou ao setor de registro da Instituição para o preenchimento da ficha de atendimento.

A partir desse momento serão chamados para a sala de Classificação de Risco por ordem de chegada. Nesta sala, o (a) enfermeiro (a) ou um outro profissional competente e habilitado para a determinação da classificação de risco, avaliará os sinais vitais e os indicadores clínicos de saúde associados para a determinação da prioridade de atendimento.

Para essa tomada de decisão adequada, poderá utilizar-se do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, em que as reavaliações estão previstas, já que a classificação é dinâmica. Em casos de encaminhamento, solicita-se contribuição dos profissionais do serviço social, de modo a garantir o atendimento. Pessoas em situação de urgência que procurarem especialidades (odontologia, ginecologia/obstetria, otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outras), serão encaminhadas aonde houver os respectivos setores. Para o registro, utilizar-se-á de uma marca colorida para identificar os critérios de classificação o qual já tem o tempo definido para atendimento médico, conforme o protocolo.

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO

Deve-se considerar o exame físico direcionado a partir da apresentação usual da doença, discriminador (situação/queixa), indicadores clínicos de saúde (manifestações clínicas), intuição e experiência da vivência clínica do profissional. Bem como a avaliação dos sinais vitais e demais parâmetros, a seguir:

Temperatura (T),

Frequência cardíaca (FC),

Frequência respiratória (FR),

Pressão arterial (PA),

Saturação de oxigênio (Sat O₂),

Escala de dor, escala de coma de Glasgow (ECG),

Glicemia e avaliação da superfície corporal queimada (SCQ).

AValiação DA CRIANÇA E/ OU ADOLESCENTE

- Dados de identificação da criança e/ou adolescente;
- Discriminador (queixa principal) e indicadores clínicos de saúde (manifestação clínica);
- Início, evolução e duração da doença;
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios;
- Avaliação geral do paciente (aparência física, resposta emocional);
- Exame físico direcionado do paciente (baseado no discriminador de saúde);
- Sinais vitais e dados antropométricos;
- Escala de dor;
- Escala de Coma de Glasgow;
- Superfície Corporal Queimada;
- Classificação da prioridade de atendimento;
- Registro do atendimento com o nome, assinatura e carimbo com número do conselho do(a) enfermeiro(a) e/ou profissional competente e habilitado para a realização da classificação de risco;
- Reavaliações da classificação da prioridade de atendimento, quando necessário.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO

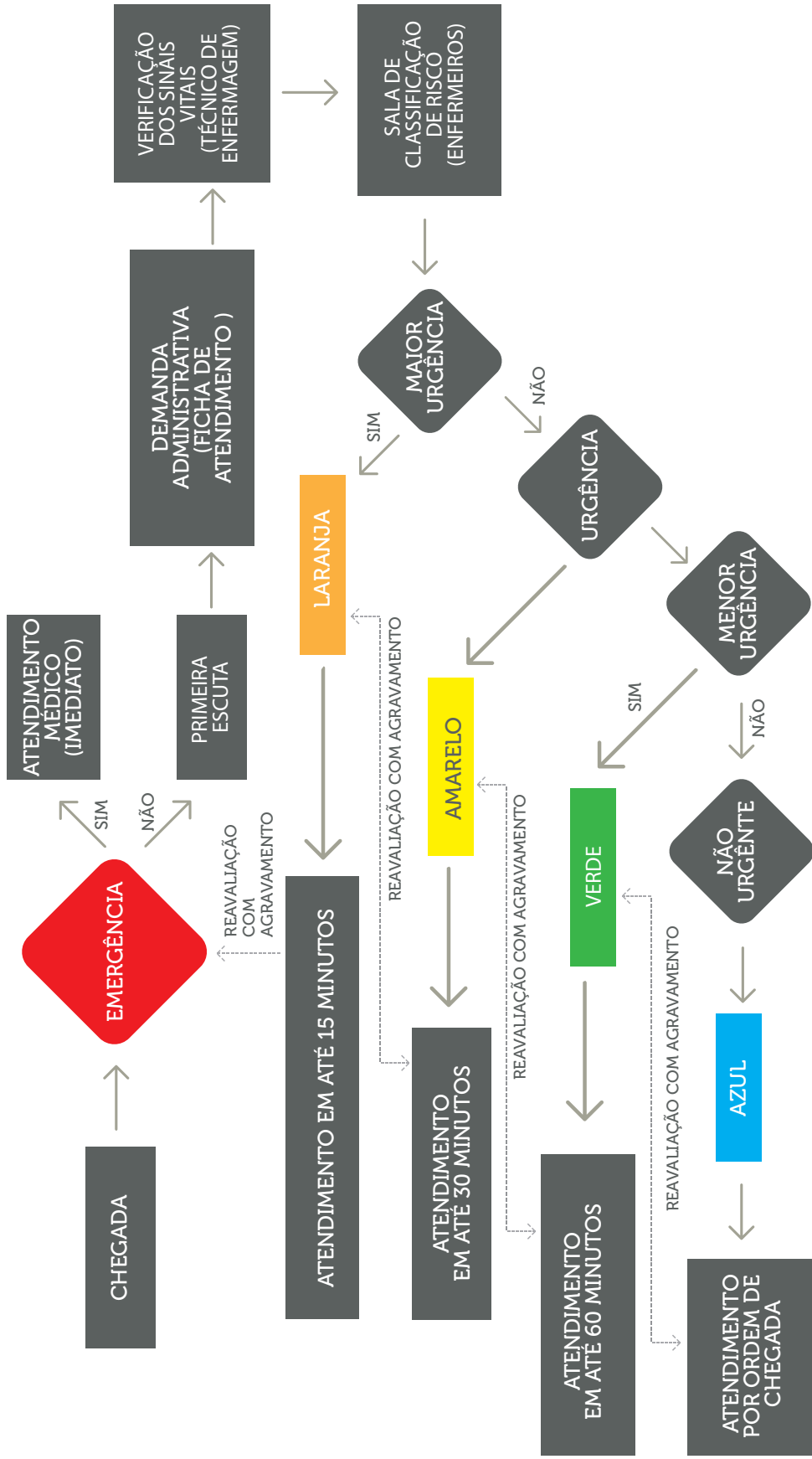


Figura 1 - Fluxograma de Atendimento do Acolhimento com Classificação de Risco em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PRIORIDADE DE ATENDIMENTO

VERMELHO

Emergência, atendimento médico imediato com acionamento de sinal sonoro, cuidado de enfermagem contínuo

LARANJA

Maior Urgência, atendimento médico em até 15 minutos, sem sinal sonoro, reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 15 minutos

AMARELO

Urgência, avaliação médica em até 30 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 30 minutos

VERDE

Menor urgência, avaliação médica em até 60 minutos ou reavaliação pelo (a) enfermeiro (a) a cada 60 minutos

AZUL

Ausência de urgência, avaliação médica no mesmo dia ou encaminhado para atenção primária com garantia de atendimento

DISCRIMINADORES DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ABSTINÊNCIA GRAVE DE ÁLCOOL E DROGAS

- Convulsão
- Coma
- Alucinações
- Confusão mental
- Agitação
- Alteração dos sinais vitais (ex.: taquicardia, hipertensão, febre)
- Dor abdominal ou torácica
- Tremores
- Vômito, diarreia

ALTERAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

SINAIS VITAIS ALTERADOS COM SINTOMAS

- FR alterada (ANEXO A)
- FC alterada (ANEXO A)
- PAS e PAD alterada (ANEXO A)
- Temperatura axilar $< 35^{\circ}\text{C}$ ou $> 40^{\circ}\text{C}$ em qualquer idade
- Criança < 3 meses com temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Febre (ANEXO A) em usuário de saúde imunocomprometido ou com estado geral debilitado
- Palidez, sudorese pegajosa, má-perfusão periférica, má-perfusão capilar

SINAIS VITAIS ALTERADOS SEM SINTOMAS

- FC < 50 ou > 140 bpm (ANEXO A)
- T $> 38,5^{\circ}\text{C}$ e $< 40^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses
- FR alterada (ANEXO A)

SINAIS VITAIS ALTERADOS SEM SINTOMAS

- T $> 37,8^{\circ}\text{C}$ e $< 38,5^{\circ}\text{C}$ em crianças > 3 meses (ANEXO A)

SINAIS VITAIS NORMAIS

- Afebril, no momento, porém história de febre
- Sem outros indicadores clínicos de saúde

ATENÇÃO

Em casos de febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retrorbitária, exantema, mialgias e artralgias) suspeitar de DENGUE (ANEXO E).

ALTERAÇÃO HIDROELETROLÍTICA

DESIDRATAÇÃO GRAVE (> 6 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Letargia
- Dificuldade para beber
- Boca muito seca
- Olhos muito encovados
- Fontanela muito deprimida
- Prega cutânea se desfaz muito lentamente (> 10 segundos)
- Pulso muito fino e enchimento capilar muito lento (> 5 segundos)

DESIDRATAÇÃO MODERADA COM VÔMITOS E/OU DIARREIA (ENTRE 3 E 6 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)
- Letargia com recusa alimentar
- Oligúria ou anúria acima de 6 horas

DESIDRATAÇÃO MODERADA SEM VÔMITOS E SEM DIARREIA (< 3 SINAIS)

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Irritada
- Muita sede
- Boca seca
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Fontanela deprimida
- Prega cutânea se desfaz lentamente (< 10 segundos)
- Pulso fino, rápido e enchimento capilar lento (3 a 5 segundos)

VÔMITOS E DIARREIA SEM DESIDRATAÇÃO

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Mucosas úmidas
- Diurese habitual
- Turgor de pele normal
- Evacuações/dia < 5 episódios
- Vômitos/dia < 5 episódios

VÔMITO OU DIARREIA SEM DESIDRATAÇÃO

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Estado mental normal

ALTERAÇÃO NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Paciente não responsivo ou responsivo à dor
- ECG - 3 a 8 (ANEXO B)
- Intoxicação exógena
- Eventos no SNC como convulsão em atividade
- Distúrbios metabólicos (por exemplo: hipoglicemia)
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

- Déficit cognitivo, agitação, letargia, confusão mental, paralisia, sonolência,
- ECG - 9 a 13 (ANEXO B)
- Febre (ANEXO A)
- Crianças pequenas (lactente e pré-escolar) com irritabilidade e recusa alimentar
- Doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação.

- Pós-comicial, mas alerta.
- ECG – 13 a 15 (ANEXO B)
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24 horas
- Primeiro episódio de convulsão, porém curto (menor que 5 min)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

DISPNEIA INTENSA COM FADIGA MUSCULAR

- Sat O₂ < 90%
- Incapacidade de falar (até mesmo frases curtas)
- Cianose
- Letargia com confusão mental
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Obstrução de vias aéreas

ATENÇÃO

Eventos intracranianos graves, pneumotórax, asma grave, edema agudo de pulmão, anafilaxia, insuficiência renal, cetoacidose.

DISPNEIA INTENSA COM ASMA PRÉVIA E SIBILÂNCIA RECORRENTE

- Sat O₂ de 90 a 92%.
- Fala entrecortada
- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Alterações em vias aéreas (estridor, sialorreia)

- História de asma grave
- Pico de fluxo < 30%

DISPNEIA MODERADA A LEVE

- Sat O₂ de 93 a 94%
- Fala frases mais longas
- Tosse frequente
- Incapacidade de dormir
- Asma com dispneia ao exercício
- Pico de Fluxo entre 30 e 50%

ATENÇÃO

Internações frequentes, intubação, UTI, história de prematuridade, diagnóstico diferencial de displasia broncopulmonar, pneumonia, infecções de vias aéreas superiores.

- Dor de garganta intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorreia purulenta
- Temperatura entre 37,8°C e 38,5°C (ANEXO A)
- Mialgia
- Pico de Fluxo > 50%

ATENÇÃO: Criança e/ou adolescente eupneica.

- Coriza
- Queixas leves
- Tosse seca
- Dor de garganta moderada(4-7/10) a leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

COMPROMETIMENTO HEMODINÂMICO

- Hipotensão, taquicardia, bradicardia (ANEXO A) ou alteração do sistema sensorial
- Palidez acentuada, pele fria, sudorese, pulso fino, síncope postural, febre (ANEXO A), toxemia
- Ventilação ou oxigenação ineficaz com $\text{Sat O}_2 < 90\%$
- Choque cardiogênico, séptico, hipovolêmico, estados hiperdinâmicos

- Perfusão periférica de até 2 segundos
- Palidez
- História de sudorese
- Tontura ao levantar-se

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL

- Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão
- Risco imediato para si ou para outrem
- Agitação extrema
- Desmaio
- Necessidade de contenção
- Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação
- Alteração de glicemia capilar
- História de doença psiquiátrica (uso de antipsicóticos)

ATENÇÃO

Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Agitação menos intensa, mas consciente
- Risco para si ou para outrem
- Estado de pânico
- Potencialmente agressivo
- Alucinação, desorientação

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Pensamentos suicidas
- Gesticulando, mas não agitado
- Sem risco imediato para si ou para outrem

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

- Depressão crônica ou recorrente
- Crise social
- Impulsividade
- Estado mental normal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A). Em caso de doença psiquiátrica ou comportamental deve-se manter atitude solidária, deixar o usuário de saúde em lugar seguro e tranquilo, independentemente da cor de classificação.

DOR

DOR INTENSA (ANEXO C)

- Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) e intensa (8-10/10)
- Aguda, periférica (em extremidades), com sinais de isquemia
- Luxação (ortopedia)
- Lombalgia traumática ou não, incapacitante, com diminuição de função em membros inferiores.

DOR MODERADA A INTENSA (ANEXO C)

- Aguda, central e moderada (4 -7/10)
- Aguda, periférica (pele e partes moles) e intensa (8-10 / 10)
- Aguda, em membros inferiores, sem sinais de trauma ou isquemia e intensa (8-10 / 10)
- Crônica, central e intensa (8 - 10 / 10)
- Cólica renal
- Lombalgia que impede deambulação ou que se irradia para membros inferiores
- Articulações ou membros com dor intensa, impotência funcional, edema, com sinais flogísticos (dor, calor e rubor) e febre associada.

DOR MODERADA A INTENSA(ANEXO C)

- Aguda, periférica e moderada (4-7/10)
- Crônica, periférica e intensa (8-10 / 10)
- Lombalgia intensa, que não impede deambulação
- Artralgia com limitações, sem sinais flogísticos (dor, calor e rubor)

DOR LEVE A MODERADA (ANEXO C)

- Crônica, central ou periférica
- Crônica, torácica superficial, piora à compressão
- Crônica, em membros inferiores, sem sinais inflamatórios
- Lombalgia crônica, não traumática
- Disúria

DOR ABDOMINAL

- Sinais vitais alterados (ANEXO A)
- Dor intensa (8-9/10) (ANEXO C) associada a náusea, vômito, sudorese, irradiações, tipo pulsátil, sangramento vaginal ou gravidez
- Dor intensa (8 - 10 / 10) em cólica ou não (ANEXO C)
- História/suspeita de dissecação da aorta, gravidez ectópica, dengue hemorrágica (ANEXO E)

- Aguda e moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)
- Dor moderada associada a vômitos, febre, disuria ou gravidez
- Distensão abdominal
- Retenção urinária
- Prostração
- Dor com história /suspeita de *diabetes mellitus*

- Aguda, moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Ausência de prostração
- Não toxêmico
- Sem gravidade clínica

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Dor aguda leve (1-3/10) (ANEXO C)
- Crônica ou recorrente
- Constipação intestinal

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

DOR DE CABEÇA (CEFALEIA)

- Cefaleia intensa (8-10 / 10) incontrolável (ANEXO C)
- Intensa desde o início, súbita ou rapidamente progressiva
- Rigidez de nuca
- Náusea ou vômito
- Alteração do estado mental
- Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)

ATENÇÃO

Hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural ou subdural, meningite, encefalite.

- Aguda, súbita e moderada (4 -7/10) (ANEXO C)
- Enxaqueca

- Não-súbita
- Leve a moderada (< 7 / 10) (ANEXO C)
- Não-enxaqueca
- Rinorreia purulenta
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

DOR TORÁCICA

- Alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Espontânea (não traumática)
- Dor torácica súbita em pontada
- Dor iniciada/acentuada com esforço físico
- Dor Torácica do tipo visceral contínua, de 30 segundos a 30 min (angina do peito) ou superior a 30 min (infarto), em peso, opressão, queimação ou como desconforto, associada a sudorese, náusea, dispneia
- Dor torácica com irradiações para pescoço, ombros, mandíbula, braços e/ou dorso
- História/suspeita de doença coronariana
- História/suspeita de uso de Crack, cocaína e anfetamínico

ATENÇÃO

Dor do Tipo em pontada pode indicar: Problemas de parede torácica, Embolia pulmonar, Dissecção de aorta, Pneumotórax, Pneumonia.

- Localizada, em pontada
- Dor acentuada com respiração profunda, tosse, dispneia ou palpação (Ex: dor na parede torácica, pleurite, pericardite)
- História/suspeita de angina do peito

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

- Não-aguda
- Moderada (4 – 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dispneia
- Sem cardiopatia prévia

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

GRAVIDEZ SUPERIOR A 20 SEMANAS

- Sangramento vaginal
 - Gestante com exteriorização de partes fetais ou com prolapso de cordão.
- Trabalho de parto (contrações a cada 2 minutos)
 - Ausência de movimentos fetais
 - Hipertensão com ou sem cefaleia, edema, dor abdominal
 - Pós-parto imediato (mãe e/ou criança)
 - Grande déficit neurológico
 - Sintomas com menos de 4 horas

HEMIPARESIA AGUDA

- Grande déficit neurológico
- Sintomas com menos de 4 horas

HEMORRAGIA

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)
- Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)

- Hemorragia digestiva com sangramento não atual (últimas 24 horas)
- Melena sem instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise moderada a leve
- Sinais vitais normais (ANEXO A)

HISTÓRIA DE *DIABETES MELLITUS*

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA alterada (ANEXO A)
- Sangramento vaginal com dor abdominal ou pélvica, mesmo que moderada (4-7/10) (ANEXO C), associada à hipotensão (ANEXO A)

- Glicemia maior que 300 ou menor que 50 mg/dL sem sintomas associados

IMUNOSSUPRESSÃO

- Temperatura > 38,5°C (ANEXO A) e outros sintomas associado com:
- Quimioterapia
- HIV positivo/Aids/Leucose
- Uso de corticóide
- Transplante de órgãos
- Alto risco de complicações graves e rápida deterioração

INFECÇÃO

- Sepses
- Alteração mental
- Sinais vitais instáveis (ANEXO A)
- Toxemia, letargia
- Temperatura > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite)
- Eritema que não desaparece à vitropressão

INTOXICAÇÃO EXÓGENA E/OU ANAFILAXIA

- História de administração de droga ou substância com tipo e quantidade indefinidos
- Intoxicação exógena com alteração de consciência ou alteração de sinais vitais (ANEXO A)
- Anafilaxia com desconforto respiratório
- Sensação de garganta fechando, edema de glote
- Alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, hipotensão, comprometimento hemodinâmico, sibilância torácica, cianose, tosse, vômito, dor abdominal, diarreia, urticária, prurido, rash, eritema não purpúrico.
- História de evento semelhante

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

- Iminência de parada
- Não responsivo
- Ausência de movimento respiratório
- Pulso filiforme e/ou ausente

QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE

QUEIMADURAS

- Grande queimado: > 25% da SCQ (ANEXO D)
- Acometimento de vias aéreas

QUEIMADURAS

- Queimaduras de 2º ou 3º graus: SCQ de 10 a 25% ou áreas críticas (face, períneo) ou circunferenciais (ANEXO D)
- Queimaduras elétricas

QUEIMADURAS E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 2º e 3º graus: SCQ < 10% ou áreas não-críticas (ANEXO D)
- Queimaduras de 1º grau: SCQ > 10% em áreas não-críticas ou em áreas críticas (face e períneo) (ANEXO D)
- Mãos e pés
- Ferida corto-contusa em articulação ou partes moles

QUEIMADURAS E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 1º grau: SCQ < 10% em áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões com febre
- Ferida e/ou lesões com necrose
- Miíase com infestação intensa

QUEIMADURA E/OU LESÕES DE PELE

- Queimaduras de 1º grau, pequenas, áreas não-críticas (ANEXO D)
- Ferida e/ou lesões limpa, sem sinais sistêmicos de infecção
- Infecção local
- Escaras sem sinais sistêmicos
- Controle de úlceras crônicas
- Retirada de pontos
- Curativos

TRAUMA TORÁCICO

TRAUMA GRAVE

- Lesão grave de único ou múltiplo sistema
- Trauma torácico ou abdominal (perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa (8-10/10) (ANEXO C), sintomas respiratórios)
- Amputação com sangramento ativo

TRAUMA GRAVE

- Dor moderada (4 – 7 /10) a intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Sintomas graves em um sistema fisiológico principal
- Sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
- Ferimento extenso com sangramento ativo
- Amputação sem sangramento ativo

- Fratura com deformidade ou sangramento
- Fratura de bacia.
- Estado mental normal.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA MODERADO

- Hematoma traumático
- Ferimento menor, com sangramento compressível
- Trauma torácico com dor leve (1-3/10) ou moderada (4-7/10) (ANEXO C), sem dispneia
- Mordedura com ferimento extenso

- Fraturas alinhadas, luxações, distensões,
- Dor moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C).

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA LEVE

- Trauma torácico sem dor de costela ou dispneia
- Suspeita de fratura
- Lacerações
- Mordedura não-extensa
- Distensões, contusões, torções
- Dor moderada (4 – 7/10) (ANEXO C)

- Mais de 6 horas do evento, menos que 10 dias.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA LEVE

- Escoriações
- Ferimentos que não requerem fechamento
- Mialgia
- Distensões ou contusões
- Dor leve (1 – 4 / 10) (ANEXO C)

- Curativos.

ATENÇÃO

Criança e/ou adolescente com sinais vitais normais (ANEXO A).

TRAUMA CRANIANO

TRAUMA GRAVE

- ECG 3 a 8 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Alteração mental
- Alteração dos sinais vitais (por exemplo: hipotensão taquicardia) (ANEXO A)
- Dor intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Alterações respiratórias.

TRAUMA GRAVE

- ECG entre 9 e 13 (ANEXO B)
- Perfuração craniana
- Cefaleia intensa (8-10/10) (ANEXO C)
- Deterioração do estado mental ou sistema sensorial
- Convulsão
- Dor cervical
- Náusea e vômito
- Trauma craniano em casos de ejeção corporal, passageiro sem cinto de segurança com choque no para-brisa, atropelamento, queda de altura superior a cinco degraus, agressão com objeto rombo.

TRAUMA MODERADO

- Lesão craniana moderada
- Sem alteração do estado mental
- Alerta (ECG 14 ou 15) (ANEXO B)
- Cefaleia moderada (4 - 7 / 10) (ANEXO C)
- Sem dor cervical
- Náusea ou vômito

TRAUMA LEVE

- Lesão craniana leve
- Sem alteração do estado mental
- Trauma de baixo impacto
- Alerta (ECG=15)
- Sem vômito
- Sem sintomas cervicais
- Sinais vitais normais (ANEXO A)
- Acidente há mais de 6 horas.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Neonato: Toda criança < 7 dias de vida deve ser atendida pelo menos como prioridade II, devido ao risco de hiperbilirrubinemia, anomalias cardíacas congênitas não diagnosticadas e sepse.
- Trauma com impacto a mais de 40 Km/h sem frear, ou a mais de 60 Km/h freando, ejeção corporal, capotamento, motocicleta e carro a mais de 30 Km/h, atropelamento a mais de 10 Km/h, desaceleração (queda de altura maior que duas vezes a estatura, queda de berço ou rede, explosão), perda da consciência, fraturas de 1ª e/ou 2ª costelas ou da 9ª, 10ª, 11ª ou de mais de três costelas, aspiração, contusão pulmonar, óbitos no local.
- Maus tratos: Vítimas de violência ou abuso sexual nas primeiras 4 horas; maus tratos com comprometimento de bem-estar emocional.

- Vítimas de abusos sexuais
- Escoltado pela polícia
- Mãe com outra criança internada na instituição
- Usuária ou acompanhante gestante, idosa (> 65 anos) ou deficiente físico.
- Acidente perfurocortante com material biológico
- Deficiência física ou mental
- Usuário que realiza diálise ou realizou transplante com distúrbios hidroeletrólíticos frequentes e/ou risco de arritmia e deterioração.

- Recém-nascido de 8 a 28 dias com queixas clínicas
- Impossibilidade de deambulação
- Retorno em período inferior a 24 horas por ausência de melhora clínica
- Troca de sonda vesical de demora ou sonda nasoentérica.

- Trocas ou requisições de receitas
- Avaliações de exames (em casos de dengue ver ANEXO E)
- Imunizações
- Solicitações de atestados médicos
- Consultas de acompanhamento

ANEXO A

SINAIS VITAIS FREQUÊNCIA CARDÍACA / FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

Frequência cardíaca por faixa etária			
Idade	FC acordado	Média	FC dormindo
0-2 m	85-205	140	80-160
3-23m	100-190	130	75-160
2-10 a	60-140	80	75-160
>10 a	60-100	75	50-90

Frequência Respiratória	
<2 meses	< 60 rpm
2 -11 meses	< 50 rpm
1-5 anos	< 40 rpm
6-8 anos	< 30 rpm
>8 anos	16 – 20 rpm

Fonte: Diretrizes Asma 2011

ANEXO A

SINAIS VITAIS TEMPERATURA

Temperatura (por local)	
Local	Referência (°C)
Axilar	35,5 a 37,0°C
Bucal	35,8 a 37,3°C (0,5°C > axilar)
Retal	36,1 a 37,8°C (0,5 a 1,0°C > axilar)
Timpânica	

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1986. Mosby-Year Book.

Temperatura (por idade)	
Idade	Referência (°C)
3 meses	37,5° C
6 meses	37,5° C
1 ano	37,7° C
3 anos	37,2° C
5 anos	37,0° C
7 anos	36,8° C
9 anos	36,7° C
11 anos	36,7° C
13 anos	36,6° C

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1986. Mosby-Year Book.

ANEXO A

SINAIS VITAIS / PRESSÃO ARTERIAL

Valores Normativos da Pressão Arterial (Sistólica/Diastólica),
Pressão Arterial Média Entre Parênteses

Faixa Etária	Média	90º Percentil	95º Percentil
Recém-nascido (1 a 3 dias)	65/41 (50)	75/49 (59)	78/52 (62)
1 mês a 2 anos	95/58 (72)	106/68 (83)	110/71 (86)
2-5 anos	101/57 (74)	112/66 (82)	115/68 (85)

Fonte: Modificado de Lowrey GH: Growth and development of children, ed8, St Louis, 1986. Mosby-Year Book.

Pressão Arterial Normal em Crianças Meninos

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0	Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0
1 dia	54	58	73	87	92	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	55	59	74	89	93	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	57	62	76	91	95	7 dias	37	41	54	67	71
1 mês	67	71	86	101	105	1 mês	35	39	52	64	68
2 meses	72	76	91	106	110	2 meses	33	37	50	63	66
3 meses	72	76	91	106	110	3 meses	33	37	50	63	66
4 meses	72	76	91	106	110	4 meses	34	37	50	63	67
5 meses	72	76	91	105	110	5 meses	35	39	52	65	68
6 meses	72	76	90	105	109	6 meses	36	40	53	66	70
7 meses	71	76	90	105	109	7 meses	37	41	54	67	71
8 meses	71	75	90	105	109	8 meses	38	42	55	68	72
9 meses	71	75	90	105	109	9 meses	39	43	55	68	72
10 meses	71	75	90	105	109	10 meses	39	43	56	69	73
11 meses	71	76	90	105	109	11 meses	39	43	56	69	73
1 ano	71	76	90	105	109	1 ano	39	43	56	69	73
2 anos	72	76	91	106	110	2 anos	39	43	56	68	72
3 anos	73	77	91	107	111	3 anos	39	42	55	68	72
4 anos	74	79	93	108	112	4 anos	39	43	56	69	72
5 anos	76	80	95	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	41	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	42	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	47	60	73	76
9 anos	82	86	101	115	120	9 anos	44	48	61	74	78
10 anos	84	88	102	117	121	10 anos	45	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	50	63	76	80
12 anos	88	92	107	121	126	12 anos	48	51	64	77	81
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	45	49	63	77	81
14 anos	93	97	112	126	131	14 anos	46	50	64	78	82
15 anos	95	99	114	129	133	15 anos	47	51	65	79	83
16 anos	98	102	117	131	136	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	100	104	119	134	138	17 anos	51	55	69	83	87
18 anos	102	106	121	136	140	18 anos	52	56	70	84	88

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Hem. LungandBloodInstitute. Bethesda, MO.

Os dados foram tabulados pelo Or. B. Rosner. 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

Pressão Arterial Normal em Crianças Meninas

Percentual de pressão sistólica						Percentual de pressão* diastólica					
Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0	Idade	5.0	10.0	50.0	90.0	95.0
1 dia	46	50	65	80	84	1 dia	38	42	55	68	72
3 dias	53	57	72	86	90	3 dias	38	42	55	68	71
7 dias	60	64	78	93	97	7 dias	38	41	54	67	71
1 mês	65	69	84	98	102	1 mês	35	39	52	65	69
2 meses	68	72	87	101	106	2 meses	34	38	51	64	68
3 meses	70	74	89	104	108	3 meses	35	38	51	64	68
4 meses	71	75	90	105	109	4 meses	35	39	52	65	68
5 meses	72	76	91	106	110	5 meses	36	39	52	65	69
6 meses	72	76	91	106	110	6 meses	36	40	53	66	69
7 meses	72	76	91	106	110	7 meses	36	40	53	66	70
8 meses	72	76	91	106	110	8 meses	37	40	53	66	70
9 meses	72	76	91	106	110	9 meses	37	41	54	67	70
10 meses	72	76	91	106	110	10 meses	37	41	54	67	71
11 meses	72	76	91	105	110	11 meses	38	41	54	67	71
1 ano	72	76	91	105	110	1 ano	38	41	54	67	71
2 anos	71	76	90	105	109	2 anos	40	43	56	69	73
3 anos	72	76	91	106	110	3 anos	40	43	56	69	73
4 anos	73	78	92	107	111	4 anos	40	43	56	69	73
5 anos	75	79	94	109	113	5 anos	40	43	56	69	73
6 anos	77	81	96	111	115	6 anos	40	44	57	70	74
7 anos	78	83	97	112	116	7 anos	41	45	58	71	75
8 anos	80	84	99	114	118	8 anos	43	46	59	72	76
9 anos	81	86	100	115	119	9 anos	44	48	61	74	77
10 anos	83	87	102	117	121	10 anos	46	49	62	75	79
11 anos	86	90	105	119	123	11 anos	47	51	64	77	81
12 anos	88	92	107	122	126	12 anos	49	53	66	78	82
13 anos	90	94	109	124	128	13 anos	46	50	64	78	82
14 anos	92	96	110	125	129	14 anos	49	53	67	81	85
15 anos	93	97	111	126	130	15 anos	49	53	67	82	86
16 anos	93	97	112	127	131	16 anos	49	53	67	81	85
17 anos	93	98	112	127	131	17 anos	48	52	66	80	84
18 anos	94	98	112	127	131	18 anos	48	52	66	80	84

Reimpresso com a permissão de Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda, MO.

Os dados foram tabulados pelo Dr. B. Rosner, 1987.

*K4 foi usado para idades inferiores a 13; K5 foi adotado para idade de 13 anos ou mais.

ANEXO B

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

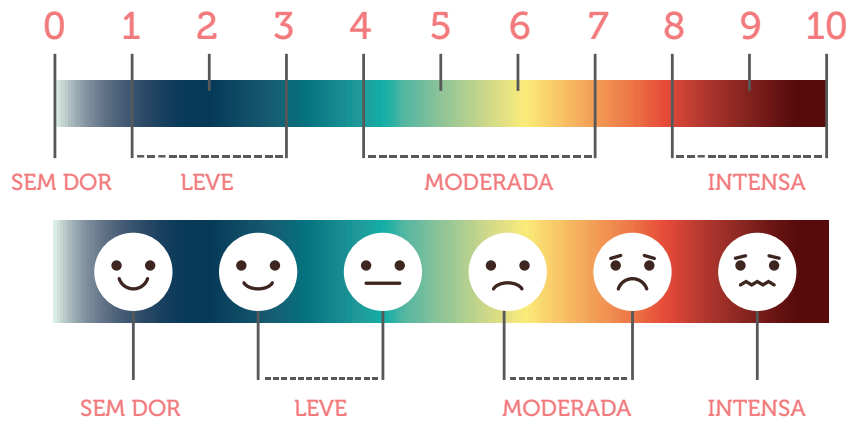
Escore	Resposta	Resposta modificada para lactentes
Abertura ocular		
4	Espontânea	Espontânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta motora		
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Retirada ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura descerebrada)
1	Ausente	Ausente
Melhor resposta motora		
5	Orientado	Balbucia
4	Confuso	Choro irritado
3	Palavras inapropriadas	Choro à dor
2	Sons inespecíficos	Gemido à dor
1	Ausente	Ausente

TCE severo (escore Glasgow: 3-8); TCE moderado (escore Glasgow: 9-12); TCE leve (escore Glasgow: 13-15).

J Pediatr (Rio J) 2003;79(4):287-96

ANEXO C

ESCALA DE DOR EM PEDIATRIA



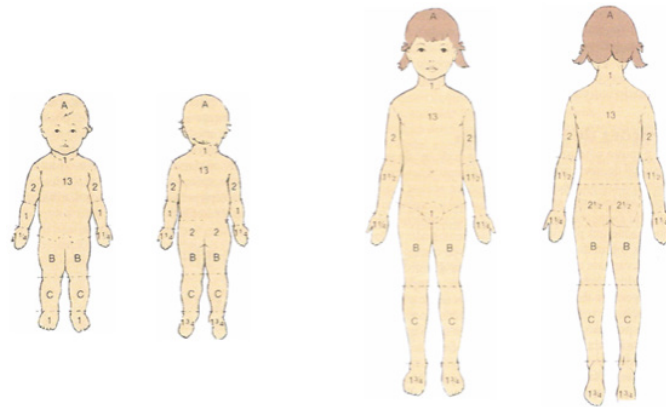
Intensidade	Parâmetro (máximo 10)
Intensa	8-10
Moderada	4-7
Leve	1-3
Sem dor	0

Figura 2 - Escala de Dor em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.

Fonte: Irene Pais. Instrumentos de Avaliação da dor. 11 Maio, 2014. Disponível em: <<http://irenepais.pt/?p=547>>

ANEXO D

AVALIAÇÃO DA SUPERFÍCIE CORPORAL QUEIMADA (SCQ)



Porcentagem Relativa das Áreas Afetadas por Idade

Área	Nascimento	1 Ano
A= 1/2 da cabeça	9 1/2	8 1/2
B= 1/2 de uma coxa	2 3/4	3 1/4
C= 1/2 de uma perna	2 1/2	2 1/2

Figura 3 - Avaliação da Superfície Corporal Queimada em Pediatria, Fortaleza-CE, 2018.

*Estimativa da distribuição de queimaduras em crianças.

ANEXO E

SUSPEITA DE DENGUE

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de choque, com ou sem hipotensão

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes
- Disfunção orgânica presente ou ausente;
- Síndrome de extravasamento plasmático;
- Presença de algum sinal de alarme e/ou derrame cavitário

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas espontâneas, sem repercussão hemodinâmica;
- Manifestação hemorrágica presente
- HT aumentado entre 10% e 20% do valor basal ou maior que 38%, com ou sem plaquetopenia
- Ausência de sinais de alarme

- Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaleia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgias e artralgias)
- Nos lactente alguma irritabilidade e choro persistente podem ser a expressão de sintomas como cefaleia e algias
- Prova do laço negativo e ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas.
- Não há hemoconcentração nem queda acentuada das plaquetas (≤ 100 mil)
- Ausência de sangramento e sinais de alarme

ATENÇÃO

Os sinais de alarme são: vômitos importantes e frequentes, dor abdominal intensa e contínua, hepatomegalia dolorosa, desconforto respiratório, sonolência ou irritabilidade excessiva, hipotermia e derrames cavitários (pleural, pericárdico, ascite).

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Bibliografia

Advanced Cardiac Life Support (ACLS).

Advanced Trauma Life Support (ATLS).

Australasian Triage Scale (ATS).

Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS).

Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS).

Cartilha de Acolhimento com Classificação de Risco da Política Nacional de Humanização/MS.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS. Resolução COFEN Nº 423/2012. *Normatiza no Âmbito do Sistema Cofen/ Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do enfermeiro na atividade de Classificação de riscos urgência*. 2012. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-n-4232012_8956.html>. Acesso em: 21 abr. 2015.

Diretrizes de Classificação de Risco das UPAs (Unidades de Pronto Atendimento) de Belo Horizonte.

Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, Projeto Acolhimento do pronto-socorro.

MAFRA, A. A. *et al. Protocolo de acolhimento com classificação de risco em pediatria*. Fortaleza: Ministério da Saúde: Prefeitura de Fortaleza, 2008.

MAGALHÃES, F. J. *Validação do Protocolo de Acolhimento com Classificação de risco em Pediatria*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.



Manchester Triage System (MTS).

Pediatric Advanced Life Support (PALS).

Revisions to the Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS)

ROMANI, H. M. *et al.* Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SANTOS, M. A. Acolhimento com classificação de risco: um fio guia da administração em emergência. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba v. 6, n. 3, p. 56-69, 2014.





ISBN 857485334-5



9 788574 853345