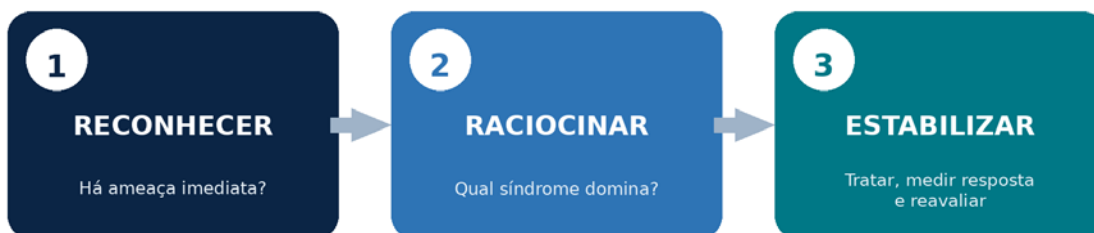


PROTOCOLO MUNICIPAL

ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE GRAVE

Reconhecer • Priorizar • Estabilizar • Reavaliar • Transferir com segurança



Fluxo central do protocolo: reconhecer, raciocinar e estabilizar sem atrasar o tratamento de ameaças imediatas.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

PROTOCOLO MUNICIPAL

ATENDIMENTO INICIAL AO PACIENTE GRAVE

Reconhecer • Priorizar • Estabilizar • Reavaliar • Transferir



1 RECONHECIMENTO



2 ABCDE



3 DIAGNÓSTICO
SINDRÔMICO



4 SUPORTE E
ESTABILIZAÇÃO



5 TRANSFERÊNCIA
SEGURA

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL • SALA VERMELHA
MINUTA TÉCNICA • VERSÃO 1.0 • 2026

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION • SALA VERMELHA

Código PMUE-APG-001 • Versão 1.0/2026

MINUTA TÉCNICA — VIGÊNCIA SOMENTE APÓS APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

CONTROLE DO DOCUMENTO

Campo	Descrição
Título	Protocolo Municipal de Atendimento Inicial ao Paciente Grave
Código	PMUE-APG-001
Versão	1.0/2026
Status	Minuta técnica para revisão e aprovação institucional
Unidades	Pronto-Socorro Municipal, Sala Vermelha e pontos municipais de primeiro atendimento
Público-alvo	Médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, condutores e apoio operacional
Elaboração técnica	Departamento Municipal de Saúde de Itariri-SP — projeto de educação permanente
Vigência	Após aprovação formal e publicação/comunicação interna
Revisão prevista	Em até 24 meses, ou antes diante de nova evidência, norma, fluxo ou recurso local

Aprovação institucional

Instância	Nome/assinatura	Data
Direção Técnica	_____	___/___/___
Coordenação Médica	_____	___/___/___
Coordenação de Enfermagem	_____	___/___/___
Gestão Municipal de Saúde	_____	___/___/___

STATUS DESTA VERSÃO

Este arquivo é uma minuta técnico-assistencial. Ele não deve ser tratado como norma vigente antes da revisão multiprofissional, adequação aos recursos locais, aprovação das instâncias responsáveis e divulgação formal.

FINALIDADE, ESCOPO E REGRAS DE USO

Padronizar o reconhecimento, a priorização, a estabilização inicial, a reavaliação, a comunicação e a transferência do paciente potencialmente grave atendido na rede municipal de Itariri-SP, reduzindo atrasos e variabilidade assistencial.

Aplicação

- ☐ A sequência ABCDE e o acionamento de ajuda aplicam-se a qualquer pessoa com possível ameaça à vida, independentemente de idade ou diagnóstico.
- ☐ Os limiares fisiológicos e o NEWS2 apresentados neste documento destinam-se a adultos e adolescentes com 16 anos ou mais; não devem ser aplicados a crianças nem à gestação como regra isolada.
- ☐ Crianças, gestantes/puerpério, trauma, intoxicações e emergências específicas devem seguir também os protocolos próprios, sem atrasar o ABCDE.
- ☐ Este protocolo não substitui prescrição médica, avaliação individual, treinamento prático, conferência de medicamentos/equipamentos nem protocolos etiológicos específicos.

Princípios obrigatórios

	Princípio	Regra operacional
1	Reconhecer cedo	Preocupação clínica ou sinal de ameaça é suficiente para avaliação imediata.
2	Tratar enquanto avalia	Toda ameaça identificada deve ser tratada antes de avançar no ABCDE.
3	Trabalhar em paralelo	Monitorização, acesso, glicemia, ECG, registro e regulação podem ocorrer simultaneamente.
4	Reavaliar	Refazer ABCDE e documentar a resposta após cada intervenção ou piora.
5	Regular cedo	Estabilização e busca do recurso definitivo avançam em paralelo.

REGRA DE SEGURANÇA

O paciente grave não deve aguardar cadastro, exames ou conclusão diagnóstica para entrar na área de ressuscitação. Se estiver inconsciente e não respirar normalmente, iniciar imediatamente o algoritmo de parada cardiorrespiratória.

SUMÁRIO

- ☐ 1. Por que o paciente grave passa despercebido
- ☐ 2. Modelo dos três passos
- ☐ 3. Compensação, deterioração e efeito cascata
- ☐ 4. Reconhecimento rápido e gatilhos de acionamento
- ☐ 5. Avaliação primária ABCDE
- ☐ 6. M.O.V., ações paralelas e organização da equipe
- ☐ 7. Diagnóstico sindrômico
- ☐ 8. Estabilização inicial e linha do tempo operacional
- ☐ 9. Reavaliação e resposta ao tratamento
- ☐ 10. Exames orientados por pergunta clínica
- ☐ 11. Erros frequentes e correções de segurança
- ☐ 12. Populações e contextos especiais
- ☐ 13. Fluxo municipal, regulação e transferência
- ☐ 14. Responsabilidades por função
- ☐ 15. Checklists de consulta rápida
- ☐ 16. Implementação, indicadores e auditoria
- ☐ 17. Referências e anexos de uso

1. POR QUE O PACIENTE GRAVE PASSA DESPERCEBIDO

A maioria dos pacientes atendidos em serviços de demanda espontânea não está em falência fisiológica. Essa frequência cria um paradoxo: quanto mais repetitivas parecem as queixas, maior o risco de o cérebro automatizar respostas e não perceber a exceção perigosa. O paciente crítico nem sempre chega com um diagnóstico pronto; pode apresentar apenas fadiga, inapetência, tontura, dispneia leve, confusão discreta ou retorno repetido ao serviço.

1.1 Classificação de risco ajuda, mas não encerra a avaliação

Protocolos de triagem priorizam o fluxo e reduzem atrasos, porém não substituem a impressão clínica e a reavaliação. Mudanças depois da triagem, dados incompletos e apresentações atípicas podem alterar totalmente o risco. O profissional que recebe o paciente mantém a responsabilidade de confirmar ou rever a prioridade.

REGRA DE OURO

Se o paciente parece doente, piorou na espera, não consegue falar normalmente, está confuso, apresenta esforço respiratório, perfusão ruim ou sinais vitais extremos, interrompa o fluxo habitual e faça avaliação imediata.

1.2 Agilidade não é pressa

Pressa é agir sem sequência, sem registro e sem checar resposta. Agilidade é executar primeiro o que reduz risco de morte, delegar ações simultâneas e evitar tarefas que não mudam a conduta imediata. Um atendimento ágil pode ser calmo, verbalizado e altamente coordenado.

1.3 Armadilhas cognitivas comuns

Armadilha	Como aparece
Ancoragem	Fixar-se no primeiro rótulo: “labirintite”, “ansiedade”, “infecção urinária”, “hiperglicemia”.
Fechamento prematuro	Parar de procurar depois de uma explicação plausível, antes de excluir ameaças imediatas.
Normalização do desvio	Aceitar valores alterados porque são frequentes no plantão ou “habituais” no paciente.
Efeito da idade	Subestimar o jovem por ter reserva fisiológica ou o idoso por ter sintomas pouco exuberantes.
Dependência de exames	Esperar radiografia, tomografia ou laboratório para reconhecer um paciente já clinicamente instável.
Saturação tranquilizadora	Ignorar taquipneia, fadiga ou aumento progressivo de oxigênio porque a SpO ₂ ainda parece adequada.

Uma estratégia simples contra vieses é verbalizar: “Qual ameaça à vida ainda não excluí?”, “Que dado não combina com minha hipótese?” e “O paciente está melhor, igual ou pior do que há dez minutos?”.

2. O MODELO DOS TRÊS PASSOS

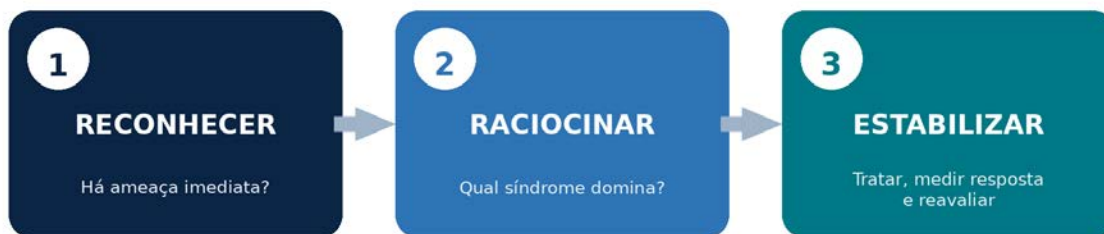


Figura 1 — Fluxo mental obrigatório para o primeiro atendimento.

Passo 1 — Reconhecer

Identifique se existe ameaça imediata à via aérea, respiração, circulação ou função neurológica. A pergunta inicial não é “qual é o diagnóstico?”, mas “este paciente pode deteriorar ou morrer antes de eu completar a investigação?”.

Passo 2 — Raciocinar por síndrome

Construa um mapa amplo: insuficiência respiratória, choque, alteração aguda do estado mental, síndrome coronariana/arrítmica, neurológica focal, metabólica/tóxica, infecciosa, hemorrágica ou abdominal. A causa exata pode permanecer incerta no início; a síndrome orienta prioridades e exames.

Passo 3 — Estabilizar e medir resposta

Trate as ameaças fisiológicas, monitore, obtenha acesso quando indicado, reavalie após cada intervenção e organize cuidado definitivo. Em locais sem UTI ou especialidades de retaguarda, estabilização e regulação devem ocorrer em paralelo, não em sequência.

NÃO CONFUNDA A SEQUÊNCIA COM UMA FILA RÍGIDA

Reconhecimento, raciocínio e estabilização se sobrepõem. Enquanto o líder executa o ABCDE, outros profissionais podem instalar monitor, obter acesso, medir glicemia, registrar horários e acionar apoio. O que não pode ocorrer é adiar tratamento de ameaça imediata para completar uma história longa.

3. FISIOLOGIA DA COMPENSAÇÃO E DETERIORAÇÃO

Para compreender a deterioração, este protocolo utiliza a metáfora de entrar no cinema no meio do filme: os sinais observados agora são consequência de eventos iniciados antes. Compreender a

resposta fisiológica ajuda a reconstruir essa história, reconhecer reserva limitada e antecipar falência.

3.1 Três eixos de resposta ao estresse agudo

Eixo	Manifestação possível	Finalidade fisiológica
Simpático-adrenérgico	Taquicardia, vasoconstrição, redistribuição de fluxo, broncodilatação e mobilização de energia.	Manter débito e oferta de substratos no curto prazo.
Hipotálamo-hipófise-adrenal	Catecolaminas, cortisol, ADH e respostas metabólicas/volêmicas.	Sustentar pressão, energia e água; o efeito depende de reserva e tempo.
Tronco encefálico/drive ventilatório	Aumento da ventilação em resposta a hipóxia, hipercapnia e acidose.	Melhorar oxigenação e contribuir para compensação ácido-base.

Taquicardia, taquipneia, hiperglicemia de estresse, oligúria e alteração de temperatura podem representar compensação, doença primária ou ambas. Nenhum desses achados, isoladamente, define a etiologia. O valor clínico nasce da combinação, da tendência e do contexto.

3.2 O efeito cascata

Quando a agressão persiste ou a reserva é pequena, a compensação passa a consumir energia e pode falhar. Hipoperfusão, inflamação, disfunção endotelial, aumento de permeabilidade, acidose, fadiga muscular e disfunção orgânica formam ciclos de piora. Idade avançada, fragilidade, cardiopatia, doença renal, doença pulmonar, diabetes e imunossupressão encurtam a margem de segurança.



Figura 2 — A evolução pode ser interrompida, acelerada ou mascarada por reserva, comorbidades e tratamento.

ALERTA CLÍNICO

Hipotensão não é obrigatoriamente uma fase “final”; pode aparecer cedo em hemorragia importante, anafilaxia, arritmia, intoxicação ou choque distributivo. Do mesmo modo, pressão normal não exclui choque compensado. Observe perfusão, estado mental, lactato quando indicado, diurese e tendência.

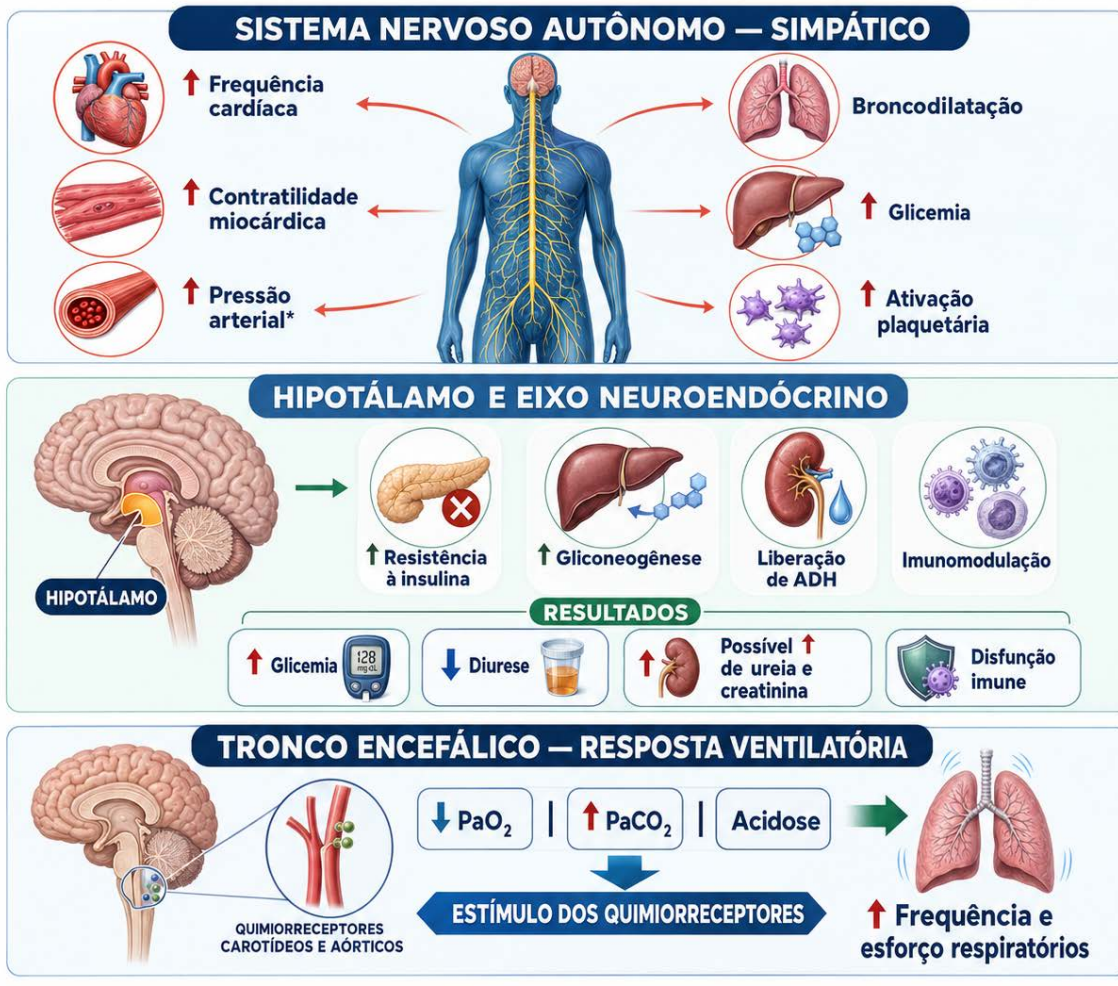
3.3 Por que a frequência respiratória merece respeito

Taquipneia pode ser causada por doença pulmonar, acidose metabólica, dor, febre, choque ou combinação. Uma SpO_2 preservada não garante ventilação adequada, não mede trabalho respiratório e pode permanecer normal até a reserva muscular se esgotar. Queda da frequência respiratória em alguém previamente muito taquipneico pode significar melhora — ou fadiga. A diferença é feita pelo conjunto: esforço, padrão, fala, nível de consciência, troca gasosa e tendência.



Figura 3 — A agressão pode ativar respostas autonômicas, neuroendócrinas e cardiorrespiratórias.

RESPOSTAS COMPENSATÓRIAS



*A pressão arterial pode não se elevar quando a compensação falha ou a reserva fisiológica é limitada.

Material educacional — interpretar no contexto clínico.

Figura 4 — Respostas compensatórias possíveis; interpretar no contexto e na tendência clínica.



Figura 5 — A agressão persistente pode evoluir para extravasamento, hipoperfusão, disfunção orgânica e choque.

4. RECONHECIMENTO RÁPIDO: OS PRIMEIROS 30–60 SEGUNDOS

Antes da anamnese completa, faça um olhar global, apresente-se e pergunte algo simples. Uma resposta normal fornece, em segundos, pistas sobre via aérea, ventilação, perfusão cerebral e linguagem. Ausência de resposta, fala entrecortada, ruído respiratório, postura incomum ou incapacidade de permanecer sentado são sinais para chamar ajuda e iniciar ABCDE.

4.1 As sete dimensões do primeiro olhar

Dimensão	O que observar
1. Aparência e interação	Cor, postura, agitação/apatia, capacidade de falar, mudança em relação ao basal.
2. Via aérea	Voz, secreções, estridor, ronco, silêncio, edema, queimadura/trauma facial.
3. Respiração	Frequência, esforço, simetria, padrão, ausculta e fadiga.
4. Oxigenação	SpO ₂ , ar ambiente ou O ₂ , necessidade crescente e qualidade do sinal.
5. Frequência e ritmo	Pulso central/periférico, regularidade, ECG quando indicado.
6. Pressão e perfusão	PA, enchimento capilar, temperatura/moteamento da pele, sangramento e diurese conhecida.
7. Neurológico e metabólico	ACVPU/GCS, pupilas, déficit focal, glicemia, temperatura e exposição relevante.

4.2 Valores extremos: alarmes, não diagnósticos

O NEWS2 usa frequência respiratória, SpO₂, pressão sistólica, pulso, consciência/confusão nova, temperatura e uso de oxigênio para padronizar alertas. Ele deve complementar o julgamento clínico. Um escore baixo não elimina uma emergência tempo-dependente, e um único parâmetro muito alterado pode justificar escalonamento.

Domínio	Exemplos que exigem avaliação imediata
Consciência	Confusão nova, agitação inexplicada, resposta apenas à voz/dor ou ausência de resposta.
Respiração	FR ≤8 ou ≥25/min; esforço intenso; silêncio auscultatório; exaustão; incapacidade de falar frases.
Oxigenação	SpO ₂ ≤91% em ar ambiente, queda em relação ao basal ou aumento de O ₂ necessário.
Circulação	PAS ≤90 mmHg, pulso muito lento/rápido, arritmia com instabilidade, enchimento capilar prolongado, pele fria/moteada ou hemorragia.
Temperatura/metabolismo	T ≤35 °C ou febre alta com disfunção; hipoglicemia; hiperglicemia acompanhada de desidratação, cetose ou alteração mental.

ATENÇÃO AO BASAL

Betabloqueadores podem atenuar taquicardia; idosos e imunossuprimidos podem não ter febre; atletas podem ter bradicardia; pacientes com DPOC/hipercapnia podem ter alvo de SpO₂ diferente; gestantes e crianças exigem referências próprias. Tendência e mudança do estado habitual frequentemente importam mais que um corte isolado.

4.3 Oximetria: leia o número e a qualidade da medida

- ☐ Registre ar ambiente ou oxigênio, dispositivo e fluxo/concentração.
- ☐ Confirme qualidade do sinal, perfusão, movimento e posicionamento do sensor.
- ☐ Desconfie da leitura em choque, baixa perfusão, movimento e dis-hemoglobinemias; no monóxido de carbono, a SpO₂ pode parecer normal. Maior necessidade de oxigênio indica deterioração, mesmo com SpO₂ na meta.

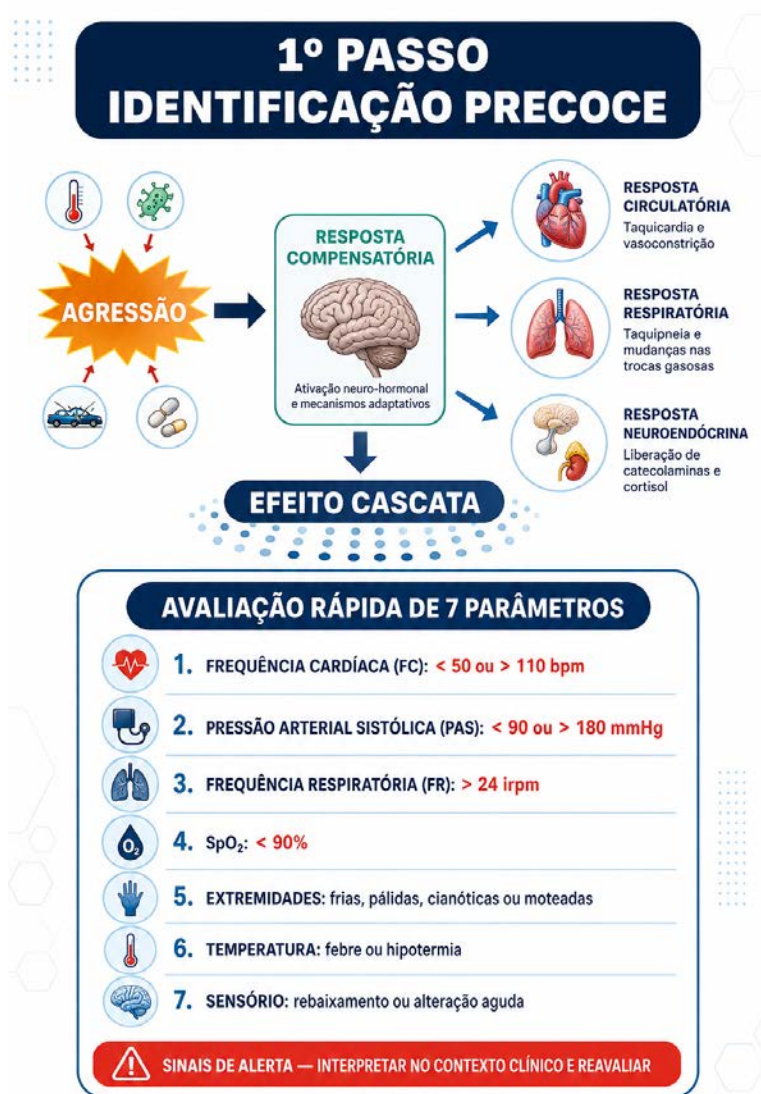


Figura 6 — Limiares de alerta para adultos: não substituem julgamento clínico, basal, tendência ou reavaliação.

5. AVALIAÇÃO PRIMÁRIA ABCDE



AVALIE → TRATE A AMEAÇA → REAVALIE DESDE A

Figura 7 — Em cada letra: procurar ameaça, intervir e confirmar resposta antes de prosseguir.

PRINCÍPIO OPERACIONAL

Trate ameaças à vida assim que forem reconhecidas; depois reinicie a avaliação em A. Peça ajuda cedo e distribua tarefas simultâneas. Se o paciente estiver inconsciente e não respirar normalmente, inicie o algoritmo de parada cardiorrespiratória.

A — Airway | Via aérea

Pergunta central: a via aérea está aberta e protegida?

- ☐ Ouça a voz e ruídos: estridor, ronco, gorgolejo, voz abafada ou silêncio.
- ☐ Observe secreções, vômitos, sangue, corpo estranho, edema de língua/face, queimadura, trauma e redução de consciência.
- ☐ Abra a via aérea com manobras apropriadas; aspire secreções quando indicado; use cânulas e ventilação com bolsa-válvula-máscara apenas por equipe treinada.
- ☐ Proteja coluna cervical quando houver mecanismo de trauma, sem deixar que isso impeça oxigenação e ventilação.
- ☐ Acione imediatamente apoio para via aérea difícil, edema progressivo, queimadura inalatória ou perda de reflexos protetores.

NÃO FAÇA

Não realize varredura digital cega. Não deixe paciente com via aérea ameaçada sozinho ou sem material de ventilação e aspiração pronto.

B — Breathing | Respiração

Pergunta central: o paciente ventila e oxigena com trabalho sustentável?

Ação	Elementos
Olhar	FR, padrão, simetria, expansão, tiragem, uso de acessórios, cianose, postura e fala.
Ouvir	Entrada de ar, sibilos, estertores, roncosp, estridor e silêncio localizado ou difuso.
Sentir/medir	SpO ₂ , posição traqueal quando pertinente, expansibilidade, dor, gasometria se mudar conduta.
Ameaças	Obstrução, asma grave/silêncio, edema pulmonar, pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço, fadiga.

Oxigênio é medicamento: em insuficiência respiratória aguda, titule em geral para SpO₂ de 94–98%; em pacientes com risco de falência hiperclpica, use alvo inicial de 88–92% enquanto aguarda gasometria e avaliação. Situações específicas — por exemplo, intoxicação por monóxido de carbono — seguem metas próprias. Não adie ventilação assistida quando a ventilação for inadequada.

SATURAÇÃO NÃO É VENTILAÇÃO

SpO₂ normal não exclui hipercapnia, fadiga, aumento do trabalho respiratório ou compensação de acidose metabólica. A decisão de suporte avançado de via aérea depende de trajetória, proteção da via aérea, ventilação, oxigenação, esforço, consciência e resposta às medidas iniciais — não apenas de uma frequência respiratória isolada.

C — Circulation | Circulação

Pergunta central: há perfusão efetiva e controle de hemorragia?

- ☐ Palpe pulso central e periférico; avalie frequência, amplitude e regularidade. Instale ECG contínuo no paciente crítico e faça ECG de 12 derivações quando indicado.
- ☐ Meça pressão arterial e repita em intervalo compatível com a instabilidade; confirme valores inesperados manualmente quando possível.
- ☐ Avalie enchimento capilar, cor, temperatura/moteamento da pele, estado mental, diurese conhecida e sinais de congestão.
- ☐ Procure hemorragia externa e controle-a imediatamente. Considere perdas ocultas no tórax, abdome, pelve, retroperitônio e trato gastrointestinal.
- ☐ Obtenha acesso vascular apropriado. Em choque/hemorragia, acesso calibroso e via alternativa devem ser planejados; não atrase tratamento vital por tentativas repetidas.
- ☐ Fluidos, sangue e vasoativos dependem do fenótipo de choque e da resposta. Faça pequenos ciclos de intervenção–reavaliação quando houver risco de congestão ou diagnóstico incerto.

PERFUSÃO É MAIS QUE PRESSÃO

Pressão preservada pode coexistir com choque compensado; pressão baixa pode refletir medida incorreta, basal baixo, fármaco, arritmia ou choque. Interprete PA junto de perfusão periférica, consciência, pulso, congestão, diurese, lactato e tendência.

D — Disability | Neurológico

Pergunta central: existe disfunção cerebral aguda e há causa reversível imediata?

- ☐ Use ACVPU (Alerta, Confusão nova, responde à Voz, responde à Dor, Não responde) ou Glasgow, registrando componentes quando possível.
- ☐ Meça glicemia capilar cedo em alteração do estado mental, convulsão, fraqueza, intoxicação suspeita ou paciente grave indiferenciado.
- ☐ Examine pupilas, lateralização, fala, motricidade e sinais meníngeos quando pertinentes; documente horário de início/último momento bem em déficit focal.
- ☐ Considere hipóxia, hipoperfusão, hipoglicemia, hipercapnia, distúrbios eletrolíticos, AVC, crise/pós-ictal, trauma, sepse e intoxicação.
- ☐ Trate convulsão persistente e causas reversíveis conforme protocolo específico; proteja via aérea sem introduzir objetos na boca.

E — Exposure | Exposição e ambiente

Pergunta central: o que ainda não vi e pode explicar ou agravar o quadro?

- ☐ Exponha o necessário com privacidade: pele, dorso, abdome, membros, dispositivos, feridas, rash, edema, sangramento e sinais de infecção/trauma.
- ☐ Meça temperatura e procure fontes ocultas: períneo, região sacral, cateteres, pés diabéticos e lesões de pressão quando indicado.
- ☐ Previna hipotermia; retire roupas molhadas e cubra novamente o paciente após o exame.
- ☐ Considere ambiente e exposição: medicamentos, drogas, tóxicos, calor/frio, animais peçonhentos, violência e acidente.

6. AÇÕES PARALELAS E ORGANIZAÇÃO DA EQUIPE

O atendimento do paciente grave é trabalho de equipe. A liderança deve verbalizar prioridades, distribuir tarefas, pedir confirmação e manter visão global. A falta de recurso aumenta a importância de sequência, comunicação, documentação e preparação para deterioração.

6.1 Releitura segura do mnemônico MOV

Componente	Aplicação prática
M — Monitorização	ECG, SpO ₂ e PA; frequência e temperatura; glicemia; capnografia quando disponível/indicada. Registre tendência.
O — Oxigênio, se indicado	Defina alvo, dispositivo e resposta. Não use liberalmente apenas por gravidade aparente quando a oxigenação já é adequada.
V — Via vascular	Acesso compatível com a terapia prevista; colha exames no mesmo momento se isso não atrasar tratamento.

Ao MOV, some quatro ações frequentemente decisivas: chamar ajuda, medir glicemia, obter ECG de 12 derivações quando indicado e preparar material de ventilação/ressuscitação.

6.2 Funções sugeridas na Sala Vermelha

Papel	Responsabilidades prioritárias
Líder	ABCDE, hipóteses, decisões, comunicação externa e reavaliação.
Via aérea/respiração	Posicionamento, aspiração, oxigênio, ventilação, material e registro de resposta.
Circulação/medicações	Acessos, coletas, ECG, fluidos/medicações prescritas e checagem de dose/concentração.
Monitor e registro	Sinais vitais, horários, intervenções, resposta, contatos, balanço e checklist.
Apoio/logística	Equipamentos, transporte, documentação, contato com laboratório/RX e comunicação com familiares.

COMUNICAÇÃO EM ALÇA FECHADA

Quem solicita nomeia a tarefa; quem recebe repete o que entendeu; quem conclui anuncia o resultado. Exemplo: “Ana, faça glicemia agora.” — “Glicemia agora.” — “Glicemia 48 mg/dL.”

6.3 Briefing de 20 segundos

- ☐ “Paciente crítico por provável insuficiência respiratória/choque/alteração neurológica.”
- ☐ “Prioridades agora: A e B; monitorização; acesso; glicemia; ECG.”
- ☐ “Preparem ventilação e material de ressuscitação; avisem qualquer piora.”
- ☐ “Reavaliação completa em cinco minutos ou imediatamente após intervenção.”

3º PASSO

SUPOORTE CLÍNICO E ESTABILIZAÇÃO



M.O.V.



MONITORIZAÇÃO

Monitor multiparamétrico
• ECG • PA • SpO₂



OXIGÊNIO QUANDO INDICADO

Titular conforme
hipoxemia e alvo clínico



ACESSO VENOSO

Calibre adequado
• coleta orientada
• terapia imediata

1.

SUPOORTE VENTILATÓRIO

2.

SUPOORTE HEMODINÂMICO

3.

ABORDAR E TRATAR A CAUSA



Estabilizar, reavaliar e ajustar a conduta continuamente.

Figura 8 — M.O.V. seguro: monitorização, oxigênio quando indicado e acesso vascular compatível com a terapia.

7. RACIOCÍNIO SINDRÔMICO ANTES DO DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

O diagnóstico etiológico continua importante, mas não deve atrasar o controle de ameaças imediatas. A síndrome dominante organiza a primeira hora e permite iniciar suporte mesmo quando laboratório, imagem ou especialista ainda não estão disponíveis.

Síndrome	Pistas	Exemplos a excluir
Insuficiência respiratória	Dispneia, esforço, hipoxemia/hipercapnia, fadiga	Obstrução, asma/DPOC, pneumonia, edema pulmonar, TEP, pneumotórax
Choque/hipoperfusão	Hipotensão ou perfusão ruim, pele alterada, oligúria, confusão	Hipovolêmico/hemorrágico, distributivo, cardiogênico, obstrutivo
Alteração aguda da consciência	Confusão, sonolência, agitação, coma, convulsão	Hipóxia, glicose, AVC, sepse, tóxicos, trauma, distúrbios metabólicos
Cardiovascular aguda	Dor/pressão, dispneia, síncope, arritmia, choque	SCA, arritmia, dissecação, TEP, tamponamento, IC aguda
Neurológica focal	Fraqueza, fala alterada, assimetria, ataxia, cefaleia súbita	AVC isquêmico/hemorrágico, crise, hipoglicemia, enxaqueca/imitadores
Metabólica/tóxica	Taquipneia, desidratação, alteração mental, odor/exposição	CAD/EHH, distúrbios eletrolíticos, insuficiência renal/hepática, intoxicações
Inflamatória/infecciosa	Febre ou hipotermia, foco, disfunção orgânica	Sepse, pneumonia, ITU complicada, foco abdominal, pele/partes moles, SNC
Abdominal/hemorrágica	Dor, defesa, distensão, sangramento, choque	Perfuração, isquemia, pancreatite, aneurisma, hemorragia digestiva/obstétrica

7.1 História dirigida: SAMPLE/AMPLE

Letra	Pergunta	Conteúdo
S	Sinais e sintomas	Início, progressão, gatilhos, dor, dispneia, febre, perdas, estado basal.
A	Alergias	Fármacos, alimentos, látex e reação apresentada.
M	Medicamentos	Uso habitual, anticoagulantes, insulina, opioides/sedativos, adesão, mudança recente.
P	Passado médico/prenhez	Comorbidades, cirurgias, internações, gestação/puerpério, limitações de cuidado.
L	Last meal/última ingesta	Alimentos, líquidos, álcool; risco de aspiração e preparo para procedimentos.
E	Eventos/exposição	O que precedeu o quadro; trauma, tóxicos, viagem, contato, ambiente e evolução.

FONTE COLATERAL É VALIOSA

Em alteração mental, choque, intoxicação, criança, idoso frágil ou paciente não verbal, obtenha informações de família, cuidadores, SAMU e documentos — sem atrasar o ABCDE.

7.2 Exame focado orientado pela síndrome

Procure achados que mudem conduta: assimetria de murmúrio, congestão, pulso irregular, dor desproporcional, defesa/rigidez, déficit focal, rash, foco cutâneo, sangramento ou intoxicação. Seja amplo sem atrasar suporte.



Figura 9 — Reconhecer a síndrome dominante permite priorizar riscos antes de concluir a etiologia.

8. ESTABILIZAÇÃO INICIAL E LINHA DO TEMPO OPERACIONAL

A estabilização visa ganhar tempo biológico: manter via aérea, ventilação, oxigenação e perfusão enquanto a causa é tratada e o destino adequado é organizado. Os tempos abaixo são metas operacionais e podem se sobrepor; uma ameaça reconhecida deve ser tratada imediatamente.

Janela	Prioridades
0–1 min	Segurança, impressão global, resposta, respiração normal? Chamar ajuda. Se PCR, iniciar algoritmo.
1–5 min	ABCDE inicial; monitor; PA; SpO ₂ ; glicemia; acesso; controle de hemorragia; oxigênio/ventilação conforme alvo.
5–15 min	ECG, coletas e exames à beira-leito conforme hipótese; terapia sintromica; repetir sinais e ABCDE.
15–30 min	Consolidar diferenciais, revisar resposta, antecipar via aérea/choque, iniciar regulação/transferência se necessário.
30–60 min	Reavaliar integralmente, revisar exames, ajustar suporte, confirmar destino/equipe/viatura e comunicação SBAR.

TRATE A CAUSA TEMPO-DEPENDENTE EM PARALELO

Controle de hemorragia, adrenalina IM na anafilaxia, reperfusão no IAM/AVC selecionado, antibiótico na sepse de alto risco, anticonvulsivante na crise persistente e antídotos quando indicados não devem esperar o término burocrático da investigação.

8.1 Suporte ventilatório

- ☐ Posicione, abra e aspire a via aérea; use dispositivo de oxigênio compatível com a meta e a demanda.
- ☐ Se ventilação espontânea for inadequada, auxilie com bolsa-válvula-máscara por técnica a duas pessoas quando possível.
- ☐ Considere VNI apenas no fenótipo apropriado, com monitorização e plano de falha; não use para atrasar intubação necessária.
- ☐ Antecipe deterioração: chame o profissional mais experiente, prepare plano A/B/C, pré-oxigenação, aspiração, monitorização e drogas conforme protocolo específico.

8.2 Suporte hemodinâmico

- ☐ Controle hemorragia e defina o fenótipo provável de choque; avalie congestão antes e depois de fluidos.
- ☐ Use cristalóide, hemocomponentes e vasoativos conforme indicação, dose/protocolo e monitorização locais; intervenções cegas podem piorar edema pulmonar, acidose ou atraso transfusional.

- ☐ Reavalie após cada bolus ou ajuste: PA, pulso, perfusão, ausculta pulmonar, estado mental, diurese e ultrassom quando disponível/competência presente.
- ☐ Em arritmia instável, siga algoritmo específico e prepare cardioversão/desfibrilação conforme ritmo e pulso.

8.3 Causa, destino e continuidade

A estabilização não termina quando um número melhora. Defina qual terapia específica foi iniciada, quais riscos persistem, o que ainda precisa ser feito e onde o cuidado definitivo ocorrerá. Em Itariri, decisão de transferir deve ser precoce quando houver necessidade de UTI, cirurgia, hemodinâmica, neurologia intervencionista, maternidade ou suporte não disponível localmente.

9. REAVALIAÇÃO E RESPOSTA AO TRATAMENTO

Uma intervenção sem reavaliação é uma conduta incompleta. A pergunta não é apenas “o que foi feito?”, mas “qual efeito ocorreu e por quanto tempo?”. Refaça ABCDE, compare com o basal e registre horário, dose/dispositivo, parâmetros e resposta.

9.1 Marcadores úteis de tendência

Domínio	O que comparar
Via aérea	Voz, ruído, secreções, proteção, necessidade de aspiração/posicionamento.
Respiração	FR, esforço, fala, SpO ₂ e oxigênio necessário, ausculta, gasometria/capnografia quando indicada.
Circulação	PA, FC/ritmo, pulso, enchimento capilar, pele, congestão, diurese e lactato quando pertinente.
Neurológico	ACVPU/GCS, orientação, pupilas, déficit, glicemia, agitação/sonolência.
Geral	Temperatura, dor, sangramento, rash, balanço, efeitos adversos e nova queixa.

9.2 Sinais de falha da estratégia

- ☐ Necessidade crescente de oxigênio ou queda de SpO₂.
- ☐ Redução da frequência respiratória acompanhada de pior esforço, silêncio, sonolência ou hipercapnia.
- ☐ Pressão/perfusão que não melhora ou piora após intervenção.
- ☐ Nova confusão, agitação, déficit, convulsão ou queda no nível de consciência.
- ☐ Oligúria progressiva, lactato crescente ou congestão após fluidos.
- ☐ Atraso de transporte, destino indefinido ou equipe incapaz de manter o suporte necessário.

ESCALONE ANTES DO COLAPSO

Falha de resposta é informação diagnóstica e sinal para ampliar ajuda, rever hipótese, conferir execução, buscar complicação e antecipar suporte avançado/transferência.

10. EXAMES COMPLEMENTARES QUE RESPONDEM PERGUNTAS

Exames complementam o raciocínio; não substituem a avaliação nem devem atrasar tratamento vital. Antes de solicitar, formule a pergunta: “Que hipótese estou testando?”, “Que resultado mudará minha conduta?” e “Existe alternativa mais rápida à beira-leito?”.

Exame	Pergunta clínica	Cuidado de interpretação
Glicemia	Hipoglicemia, emergência hiperglicêmica, alteração mental	Resultado imediato muda tratamento.
ECG 12 derivações	SCA, arritmia, distúrbio eletrolítico, síncope	Repita se sintomas persistirem/evoluírem.
Gasometria ± lactato	Ventilação, acidose, choque, CAD, intoxicação	Interprete com clínica; venosa atende muitas perguntas, arterial quando oxigenação precisa ser definida.
Hemograma/eletrolitos/renal	Infecção, anemia, sangramento, distúrbios metabólicos	Selecione conforme síndrome e terapia prevista.
Troponina	Lesão miocárdica/SCA	Valor isolado não define mecanismo; use série e ECG/contexto.
Culturas	Suspeita de sepse	Colher antes do antibiótico se não houver atraso relevante.
Imagem	Tórax, trauma, abdome, AVC, TEP e outras hipóteses	Instabilidade pode exigir tratamento/transferência antes de exame completo.
Ultrassom à beira-leito	Choque, dispneia, acesso, tamponamento, pneumotórax	Ferramenta dependente de treinamento; não exclui doença sozinho.

EVITE O “PACOTE UNIVERSAL”

Solicitar tudo pode atrasar decisão, gerar falsos positivos e consumir recursos. Em contraste, deixar de pedir um exame que muda terapia tempo-dependente também é falha. A medida correta é pergunta clínica + urgência + disponibilidade + impacto.

11. ERROS FREQUENTES E CORREÇÕES DE SEGURANÇA

Erro	Correção
Fechar diagnóstico antes do ABCDE	Estabilize ameaças e trabalhe com síndromes/diferenciais.
Oxigênio para todos	Prescreva alvo e titule; use 88–92% se risco de hipercapnia até avaliação gasométrica.
Confiar em uma SpO₂ normal	Avalie ventilação, esforço, fala, consciência, tendência e necessidade de O ₂ .
Tratar um número sem contexto	Confirme medida e interprete resposta fisiológica, basal e síndrome.
Usar score como diagnóstico	NEWS2 e triagem apoiam escalonamento; julgamento clínico continua soberano.
Esperar exames para chamar ajuda	Acione suporte/regulação diante de necessidade provável, em paralelo à investigação.
Administrar volume indiscriminadamente	Defina fenótipo, risco de congestão e resposta a cada ciclo.
Intubar por um valor isolado	Considere proteção da via aérea, ventilação, oxigenação, esforço, reserva, trajetória e resposta.
Não registrar horários	Documente início, intervenções, resultados, contatos, resposta e passagem de responsabilidade.
Transferir sem estabilização compatível	Defina riscos do trajeto, equipe, oxigênio, monitor, bombas, medicações e plano de intercorrência.

12. POPULAÇÕES E CONTEXTOS ESPECIAIS

12.1 Pessoa idosa, frágil ou imunossuprimida

Pode apresentar infecção sem febre, IAM sem dor típica, choque sem taquicardia e delirium como primeiro sinal. Compare com o basal funcional/cognitivo, reveja medicamentos e procure desidratação, retenção urinária, constipação, dor e efeitos adversos.

12.2 Gestação e puerpério

Mudanças fisiológicas alteram FC, PA e reserva respiratória. Considere hemorragia, hipertensão grave/eclâmpsia, sepse, TEP e complicações obstétricas. Faça deslocamento uterino lateral quando apropriado, acione apoio obstétrico/regulação cedo e use protocolo específico.

12.3 Crianças

Não aplique limiares adultos nem NEWS2. Use triângulo de avaliação pediátrica, parâmetros por idade, ABCDE pediátrico e instrumentos locais/PEWS. Crianças podem manter pressão até descompensação tardia; aparência, esforço respiratório e perfusão são centrais.

12.4 Risco de hipercapnia

DPOC, obesidade-hipoventilação, doença neuromuscular, deformidade torácica e bronquiectasias podem exigir oxigênio controlado e gasometria. A meta inicial usual é 88–92% até esclarecimento, sem negar oxigênio em hipoxemia crítica.

12.5 Limitação de suporte e cuidados paliativos

Verifique diretivas, plano antecipado e proporcionalidade. Limitação de intubação ou RCP não significa abandono: trate sofrimento, causas reversíveis coerentes com objetivos e comunique paciente/família. Registre decisões e responsáveis.

NENHUM ESCORE SUBSTITUI O CONTEXTO

Sinais vitais, reserva e metas variam. Na dúvida, faça avaliação mais frequente, peça ajuda e escolha o caminho mais seguro até esclarecimento.

13. APLICAÇÃO AO CONTEXTO DE ITARIRI-SP

O município dispõe de pronto atendimento e Sala Vermelha, mas não de todos os recursos definitivos. Em emergências tempo-dependentes, a equipe precisa combinar estabilização máxima possível,

regulação pelo sistema estadual vigente (CROSS/SIRESP) e preparação de transporte. A distância até referências aumenta o valor de antecipação.

13.1 Fluxo institucional

Etapa	Aplicação
Reconhecer	Triagem ou qualquer profissional identifica piora → médico/enfermeiro imediato → Sala Vermelha.
Organizar	Líder, funções, monitor, oxigênio com alvo, acesso, glicemia, ECG e material de ressuscitação.
Estabilizar	ABCDE, tratamento sintromico, reavaliações documentadas e antecipação de falhas.
Regular cedo	Abrir solicitação no sistema estadual vigente (CROSS/SIRESP) quando houver alta probabilidade de recurso indisponível; atualizar evolução e suporte.
Transferir com segurança	Destino confirmado, equipe/viatura compatíveis, relatório, exames, medicações, oxigênio e SBAR.

NÃO AGUARDE “ESTABILIDADE PERFEITA” PARA REGULAR

Regulação precoce não dispensa estabilização; estabilização local não deve atrasar busca de recurso definitivo. As duas frentes avançam juntas e são atualizadas conforme a resposta.

13.2 Passagem SBAR

Componente	Conteúdo mínimo
S — Situação	Quem é o paciente, síndrome/gravidade, motivo da transferência e suporte atual.
B — Background	Início, comorbidades, alergias, medicações, eventos e limitações relevantes.
A — Avaliação	ABCDE, sinais/tendência, exames, intervenções e resposta.
R — Recomendação	Recurso necessário, riscos no trajeto, pendências, plano se deteriorar e quem assume.

14. RESPONSABILIDADES POR FUNÇÃO

O atendimento é multiprofissional, mas a atribuição de papéis deve ser explícita. A ausência momentânea de um profissional não autoriza interromper medidas compatíveis com a competência e o treinamento de quem está presente.

Responsável	Atribuições mínimas
Todo profissional	Reconhecer deterioração, interromper fluxo habitual, chamar ajuda, encaminhar à Sala Vermelha e comunicar achados objetivos.
Médico líder	Executar/liderar ABCDE; definir síndromes, prioridades, prescrição e procedimentos; solicitar apoio; decidir destino; acionar e atualizar regulação; documentar condição e riscos.
Enfermeiro	Acolher/priorizar; coordenar enfermagem; instalar monitorização; organizar acessos, coletas, equipamentos e medicamentos; garantir checagens; controlar registros e checklist.
Técnico/auxiliar	Mensurar e repetir sinais; preparar/administrar terapias prescritas; auxiliar ventilação, acesso, ECG, coleta, posicionamento, balanço e registro; informar imediatamente alterações.
Condutor/equipe de transporte	Conferir viatura, oxigênio, energia, rota, comunicação, segurança e autonomia; manter-se disponível; seguir o plano clínico da equipe assistencial.
Recepção/apoio	Priorizar identificação sem atrasar o cuidado; localizar prontuário/documentos; apoiar contatos e logística conforme orientação da equipe.
Coordenações/Direção	Garantir escala, equipamentos, medicamentos, manutenção, fluxos, treinamento, simulação, auditoria, revisão do protocolo e tratamento dos eventos adversos.

LIDERANÇA E ALÇA FECHADA

O líder nomeia o destinatário e a tarefa; quem recebe repete; quem conclui informa o resultado. Ordens críticas devem incluir fármaco/intervenção, dose ou parâmetro, via/dispositivo, velocidade quando aplicável e objetivo de reavaliação.

15. CHECKLISTS DE CONSULTA RÁPIDA

15.1 Primeiro minuto

- ☐ Segurança da cena/EPIs e impressão global.
- ☐ Resposta e respiração normal; se PCR, iniciar algoritmo e acionar equipe.
- ☐ Chamar ajuda e levar à área de ressuscitação.
- ☐ Iniciar ABCDE e tratar ameaça identificada.
- ☐ Monitor, PA, SpO₂, frequência respiratória, pulso, temperatura e glicemia.
- ☐ Oxigênio com alvo quando indicado; ventilação se inadequada.
- ☐ Acesso vascular e coletas que não atrasem tratamento.
- ☐ Registrar tempo zero e reavaliar.

15.2 Antes da saída da Sala Vermelha

- ☐ ABCDE refeito e última tendência de sinais documentada.
- ☐ Via aérea/ventilação sustentáveis durante o trajeto; plano de falha definido.
- ☐ Oxigênio calculado com reserva e dispositivo adequado.
- ☐ Acessos fixados, medicações/bombas identificadas e autonomia conferida.
- ☐ Hemorragia controlada; imobilizações e proteção térmica revisadas.
- ☐ Destino, médico receptor, viatura e equipe confirmados.
- ☐ Relatório, exames, imagens, alergias, medicações e horários anexados.
- ☐ SBAR realizado e família orientada conforme possível.

15.3 Registro mínimo

- ☐ Hora da chegada, reconhecimento de gravidade e entrada na Sala Vermelha.
- ☐ ABCDE inicial, valores e condição basal conhecida.
- ☐ Intervenções: indicação, dose/dispositivo, via, horário e resposta.
- ☐ Exames solicitados/realizados e interpretação clínica.
- ☐ Contatos, orientações regulatórias, aceite e intercorrências.
- ☐ Condição no momento da transferência e profissional que recebeu a passagem.

16. IMPLEMENTAÇÃO, INDICADORES E AUDITORIA

16.1 Condições para implantação

- ☐ Validar o texto com Direção Técnica, coordenações médica e de enfermagem, farmácia/almoxarifado, regulação e transporte.
- ☐ Conferir se os equipamentos, medicamentos, concentrações, formulários, contatos e fluxos descritos correspondem à realidade local.
- ☐ Treinar toda a equipe antes da vigência; repetir treinamento pelo menos anualmente, na admissão de novos profissionais e após atualização relevante.
- ☐ Realizar simulações de deterioração, insuficiência respiratória, choque, alteração de consciência e transferência segura.
- ☐ Disponibilizar versão controlada no prontuário/sistema, Sala Vermelha, educação permanente e portal municipal; recolher versões obsoletas.

16.2 Indicadores mínimos

Indicador	Definição operacional
ABCDE oportuno	% de pacientes graves com ABCDE inicial documentado em até 5 minutos do reconhecimento.
Glicemia na alteração mental	% com glicemia documentada em até 5 minutos quando há alteração aguda da consciência.
Reavaliação	% com sinais vitais/ABCDE repetidos após intervenção relevante e antes da transferência.
Regulação precoce	Tempo mediano entre reconhecimento da necessidade e abertura da solicitação no sistema estadual vigente.
Transferência segura	% com checklist, relatório e SBAR completos antes da saída.
Falhas assistenciais	Número e tipo de atrasos, deteriorações não reconhecidas, eventos de transporte e falta de recursos.

16.3 Ciclo de melhoria

Revisar amostra de casos trimestralmente no primeiro ano e, depois, conforme decisão institucional. Discutir atrasos e eventos sem culpabilização, registrar plano de ação, responsável e prazo, e verificar se a mudança produziu melhora mensurável.

CRITÉRIOS DE REVISÃO EXTRAORDINÁRIA

Nova diretriz relevante; mudança no sistema de regulação; alteração de estrutura/equipamentos; evento sentinela; repetição de falha assistencial; ou incompatibilidade identificada entre o documento e a prática.

17. REFERÊNCIAS E ANEXOS DE USO

17.1 Referências oficiais

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL COMMITTEE OF THE RED CROSS. Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured. 2018. [Acesso oficial](#)
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Emergency Care Toolkit: clinical process, referral and transfer tools. [Acesso oficial](#)
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Acute Transfer Checklist. [Acesso oficial](#)
4. RESUSCITATION COUNCIL UK. The ABCDE Approach. Atualizado em julho de 2024. [Acesso oficial](#)
5. RESUSCITATION COUNCIL UK. 2025 Resuscitation Guidelines. [Acesso oficial](#)
6. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. National Early Warning Score (NEWS) 2. 2017; orientação adicional de implementação, 2021. [Acesso oficial](#)
7. BRITISH THORACIC SOCIETY. Guideline for oxygen use in healthcare and emergency settings. [Acesso oficial](#)
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo de Suporte Avançado de Vida — SAMU 192. Página atualizada em 2024. [Acesso oficial](#)
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. [Acesso oficial](#)
10. SÃO PAULO. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. SIRESP — Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo. [Acesso oficial](#)

17.2 Anexos operacionais vinculados

- ☐ Anexo A — Registro rápido do ABCDE e reavaliações.
- ☐ Anexo B — Checklist de transferência aguda.
- ☐ Anexo C — Modelo SBAR para passagem do caso.
- ☐ Anexo D — Folha de NEWS2 para adultos, se formalmente adotada pela instituição.
- ☐ Anexo E — Lista de equipamentos e medicamentos da Sala Vermelha, controlada separadamente.

NOTA FINAL DE SEGURANÇA

A aplicação assistencial exige validação institucional, prescrição quando cabível, conferência da apresentação disponível, competência profissional e observância dos protocolos específicos. Em conflito, prevalecem legislação, regulação médica, protocolo etiológico vigente e decisão clínica individual documentada.