

ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA SALA DE EMERGÊNCIA

LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)



1 TRIAGEM SEGURA
Avaliar antes de tocar



4 TRATAMENTO
Dexametasona e adrenalina



2 ABCDE
Via aérea e respiração



5 REAVALIAÇÃO
Observar resposta clínica



3 GRAVIDADE
Leve • Moderado • Grave



6 CROSS E TRANSPORTE
Transferir com segurança

PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL DR. TAMINATO TION
REDE MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PROTOCOLO MUNICIPAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ATENDIMENTO DA CRIANÇA NA SALA DE EMERGÊNCIA

LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde



TRATAMENTO SEGURO DO CRUPE PEDIÁTRICO



DEXAMETASONA
• todos os graus



**ADRENALINA
NEBULIZADA**
• moderado/grave



REAVALIAR
• observar 2-4 h



MANTER A CRIANÇA CALMA • MINIMIZAR MANIPULAÇÕES

SUMARIO OPERACIONAL

Bloco	Conteúdo
1. Base institucional	Apresentação, objetivos, abrangência e definição clínica.
2. Reconhecimento	Triagem, ABCDE adaptado, classificação e diferenciais críticos.
3. Tratamento	Corticoide, adrenalina nebulizada, oxigênio e reavaliação.
4. Destino	Observação, alta, internação, CROSS, Vaga Zero e transporte.
5. Operação	Responsabilidades, comunicação, prescrições e registro.
6. Segurança	Checklists, erros comuns, indicadores e casos clínicos.
7. Anexos	Prescrições-modelo, plano visual e referências.

Leitura rápida: diante de tosse ladrante, rouquidão ou estridor, manter a criança calma junto ao responsável; identificar estridor em repouso, trabalho respiratório, entrada de ar e nível de consciência; tratar e reavaliar sem atrasar transferência quando necessário.

SUMÁRIO OPERACIONAL — CRUPE PEDIÁTRICO

1. BASE INSTITUCIONAL —
objetivos e definição


2. RECONHECIMENTO —
triagem, ABCDE e diferenciais


3. TRATAMENTO —
corticoide, adrenalina, O₂ e reavaliação


4. DESTINO —
observação, alta, CROSS e transporte


5. OPERAÇÃO —
equipe, comunicação e registro


6. SEGURANÇA —
checklists, erros e indicadores


7. ANEXOS —
prescrições e referências




LEITURA RÁPIDA

Tosse ladrante, rouquidão ou estridor: manter criança calma; avaliar estridor em repouso, trabalho respiratório, entrada de ar e consciência; tratar e reavaliar.



REGRA DE OURO

Estridor mais fraco + exaustão, má perfusão ou rebaixamento da consciência pode significar obstrução crítica — não melhora.

REGRA DE OURO Estridor mais fraco associado a exaustão, piora da perfusão ou rebaixamento da consciência pode significar obstrução crítica — não melhora.

1. Apresentação, justificativa e objetivos

A laringite estridulosa (crupe) é causa frequente de obstrução aguda de via aérea superior na infância. Embora a maioria dos casos seja leve, crianças pequenas podem deteriorar rapidamente. Neste município, a estabilização precoce, a comunicação com a regulação e o transporte seguro têm importância adicional pela necessidade de referência regional.

Objetivos

- Reconhecer precocemente gravidade e causas alternativas de obstrução de via aérea superior.
- Padronizar tratamento, monitorização, reavaliação, alta e transferência.
- Reduzir agitação e manipulações que possam piorar a obstrução.
- Apoiar comunicação entre Pronto-Socorro, Sala Vermelha, CROSS e unidade receptora.

Abrangência

Aplicável ao Pronto-Socorro Municipal, Sala Vermelha, ambulância e transferência inter-hospitalar. Destina-se a médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares, condutores e profissionais envolvidos na regulação.

APRESENTAÇÃO, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS





POR QUE É IMPORTANTE

Crupe pode evoluir rapidamente; estabilização precoce salva tempo e segurança.



OBJETIVOS

Reconhecer gravidade •
Tratar e reavaliar •
Reduzir agitação •
Comunicar e transferir com segurança



ABRANGÊNCIA

Pronto-Socorro •
Sala Vermelha •
Ambulância •
CROSS • Unidade receptora

**MANTENHA A CRIANÇA CALMA JUNTO AO RESPONSÁVEL**

2. Definição e reconhecimento clínico

Crupe é síndrome inflamatória aguda da laringe, região subglótica e traqueia, habitualmente viral. A apresentação típica ocorre sobretudo entre 6 meses e 3 anos e tende a piorar à noite.

Achado típico	Interpretação prática
Tosse “ladrante”	Sinal clínico característico.
Rouquidão / choro rouco	Sugere acometimento laríngeo.
Estridor inspiratório	Indica obstrução de via aérea superior; avaliar se ocorre em repouso.
Tiragens e taquipneia	Expressam aumento do trabalho respiratório.
Cianose, sonolência, exaustão	Sinais de gravidade extrema.

PRIMEIRO CONTATO Avalie visualmente antes de tocar. Mantenha criança e responsável juntos, em posição de maior conforto e com ambiente silencioso.

LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)

DEFINIÇÃO E RECONHECIMENTO CLÍNICO





DEFINIÇÃO
Inflamação aguda da laringe, região subglótica e traqueia, geralmente viral.
Mais comum entre 6 meses e 3 anos; pode piorar à noite.

RECONHECIMENTO CLÍNICO

-  **Tosse ladrante** — sinal característico
-  **Rouquidão / choro rouco** — acometimento laríngeo
-  **Estridor inspiratório** — verificar se em repouso
-  **Tiragens e taquipneia** — maior trabalho respiratório
-  **Cianose, sonolência ou exaustão** — gravidade extrema



PRIMEIRO CONTATO: avalie visualmente antes de tocar.
Mantenha criança e responsável juntos, na posição de maior conforto e em ambiente silencioso.



3. Triagem imediata e acionamento da Sala Vermelha

Toda criança com tosse ladrante, rouquidão, estridor ou desconforto respiratório deve ter prioridade clínica.

- Evitar separação do responsável, decúbito forçado, exame oral forçado, punções e procedimentos sem benefício imediato.
- Acionar médico e enfermeiro imediatamente se houver estridor em repouso + desconforto importante, cianose, exaustão, rebaixamento de consciência ou suspeita de diagnóstico alternativo grave.
- Obter saturação, PA e outros sinais vitais conforme tolerância; não prolongar procedimento que aumente a agitação.

Acionamento imediato	Exemplos
Sala Vermelha	Estridor intenso, tiragens marcadas, entrada de ar reduzida, alteração de consciência.
CROSS precoce	Repetição de adrenalina, necessidade de O ₂ , suspeita de epiglote/traqueíte/abscesso/corpo estranho.
Vaga Zero	Deterioração respiratória ou suporte necessário indisponível localmente.

TRIAGEM IMEDIATA E ACIONAMENTO DA SALA VERMELHA



1 SALA VERMELHA

Estridor intenso •
tiragens marcadas •
entrada de ar reduzida •
alteração de consciência

2 CROSS PRECOCE

Repetição de adrenalina •
necessidade de O₂ •
suspeita de diagnóstico grave

3 VAGA ZERO

Deterioração respiratória ou
suporte indisponível localmente



PRINCÍPIO: avaliar visualmente antes de tocar. Manter responsável junto; não prolongar procedimentos que aumentem a agitação.

4. Avaliação estruturada — ABCDE adaptado

Etapa	Avaliar	Conduta imediata
A — Via aérea	Estridor, voz/choro, sialorreia, posição em tripé, corpo estranho.	Conforto, mínima manipulação; não examinar garganta se obstrução grave.
B — Respiração	FR, tiragens, entrada de ar, cor, SpO ₂ se tolerada.	Oxigênio se hipoxemia/desconforto grave, pelo método tolerado.
C — Circulação	Perfusão, FC, pulsos, PA se possível.	Monitorar moderados/graves; acesso venoso apenas se necessário.
D — Neurológico	Alerta, irritabilidade extrema, letargia, confusão.	Tratar como falência iminente se houver rebaixamento/exaustão.
E — Exposição	Febre, urticária, edema facial, trauma, toxemia.	Buscar anafilaxia, infecção invasiva e outras causas.



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde



AValiação ABCDE NO CRUPE PEDIÁTRICO

A VIA AÉREA

Estridor, voz, sialorreia

B RESPIRAÇÃO

FR, tiragens, SatO₂

C CIRCULAÇÃO

Pulso, perfusão, PA

D NEUROLÓGICO

Consciência, agitação, fadiga

E EXPOSIÇÃO

Febre, exantema, edema




ABORDAGEM SISTEMÁTICA
Salva vidas.


ACALME A CRIANÇA
E a família.


OXIGÊNIO UMIDIFICADO
Sempre que indicado.


REAVALIE FREQUENTEMENTE
E documento.


TRABALHO EM EQUIPE
Comunicação e segurança em primeiro lugar.

5. Classificação de gravidade

Grau	Achados principais	Destino inicial
Leve	Sem estridor em repouso; mínima ou nenhuma tiragem; alerta.	Avaliação/observação breve.
Moderado	Estridor em repouso; tiragens visíveis; desconforto, porém alerta.	Atendimento prioritário e tratamento imediato.
Grave	Estridor intenso/bifásico, tiragens marcadas, fadiga, entrada de ar reduzida.	Sala Vermelha; preparar transferência.
Falência iminente	Exaustão, estridor fraco/silencioso, cianose, alteração de consciência, perfusão ruim.	Sala Vermelha; suporte avançado + CROSS/Vaga Zero.

IMPORTANTE A classificação é dinâmica. Reclassifique após toda intervenção e diante de qualquer mudança clínica.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde



CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE — CRUPE

LEVE	MODERADO	GRAVE	FALÊNCIA IMINENTE
 Sem estridor em repouso Mínima ou nenhuma tiragem Alerta ✓ Avaliação / observação breve	 Estridor em repouso Tiragens visíveis Desconforto, porém alerta 🕒 Atendimento prioritário e tratamento imediato	 Estridor intenso ou bifásico Tiragens marcadas, fadiga Entrada de ar reduzida 🚑 Sala Vermelha Preparar transferência	 Exaustão Estridor fraco ou silencioso Cianose, alteração de consciência Perfusão ruim 🚑 Sala Vermelha Suporte avançado + CROSS / Vaga Zero

IMPORTANTE: A classificação é dinâmica. Reclassifique após toda intervenção e diante de qualquer mudança clínica.

6. Diagnósticos diferenciais críticos

Hipótese	Pistas de alerta	Conduta inicial
Corpo estranho	Início súbito após engasgo; tosse ladrante ausente ou assimetria ventilatória.	Não atrasar avaliação especializada/transferência.
Epiglotite	Sialorreia, disfagia, tripé, aspecto tóxico.	Não manipular orofaringe; preparar via aérea experiente.
Traqueíte bacteriana	Febre alta, toxemia, secreção espessa, pouca resposta à adrenalina.	Antibiótico/UTI conforme referência; transferir.
Abscesso retrofaríngeo	Dor cervical, torcicolo, abaulamento, trismo.	Avaliação hospitalar urgente.
Anafilaxia/angioedema	Urticária, edema facial/labial, gatilho alérgico.	Seguir protocolo de anafilaxia; adrenalina IM quando indicada.
Difteria	Pseudomembrana, linfonodomegalia cervical, vacinação incompleta.	Isolamento, notificação e transferência imediata.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS CRÍTICOS



1 CORPO ESTRANHO
Início súbito após engasgo • assimetria ventilatória
Avaliação especializada / transferência



2 EPIGLOTITE
Sialorreia • disfagia • posição em tripé • aspecto tóxico
Não manipular orofaringe • via aérea experiente



3 TRAQUEÍTE BACTERIANA
Febre alta • secreção espessa • pouca resposta à adrenalina
Antibiótico / referência / transferir



4 ABSCESSO RETROFARÍNGEO
Dor cervical • torcicolo • trismo
Avaliação hospitalar urgente



5 ANAFILAXIA / ANGIOEDEMA
Urticária • edema facial/labial • gatilho alérgico
Seguir protocolo • adrenalina IM quando indicada



6 DIFTERIA
Pseudomembrana • linfonodomegalia cervical • vacinação incompleta
Isolamento • notificação • transferência imediata

⚠️ ALERTA: suspeita de diagnóstico alternativo grave = não atrasar suporte e transferência.

7. Princípios terapêuticos

- Corticosteroide para toda criança atendida com sintomas de crupe, conforme avaliação clínica.
- Adrenalina nebulizada para crupe moderado, grave ou iminência de falência respiratória.
- Oxigênio somente se indicado e pelo método menos irritativo tolerado.
- Não utilizar rotineiramente nebulização com soro/umidificação, salbutamol, antibiótico, antitussígeno ou sedativo no crupe típico.
- Radiografia, exames laboratoriais e testes virais não são rotineiros; usar quando a apresentação for atípica ou houver hipótese alternativa.

SEGURANÇA FARMACOLÓGICA Confirmar apresentação e concentração antes da administração.
Registrar sempre medicamento, dose em mg, volume em mL, via, horário e resposta.



7. PRINCÍPIOS TERAPÊUTICOS CRUPE PEDIÁTRICO



PRONTO ATENDIMENTO E SALA VERMELHA



CORTICOSTEROIDE

Para toda criança atendida com sintomas de crupe, conforme avaliação clínica.



ADRENALINA NEBULIZADA

Para crupe moderado, grave ou iminência de falência respiratória.



OXIGÊNIO

Somente se indicado e pelo método menos irritativo tolerado.



NÃO UTILIZAR ROTINEIRAMENTE

Nebulização com soro/umidificação, salbutamol, antibiótico, antitussígeno ou sedativo no crupe típico.



EXAMES

Radiografia, exames laboratoriais e testes virais não são rotineiros; usar na apresentação atípica ou com hipótese alternativa.



SEGURANÇA FARMACOLÓGICA

Confirmar apresentação e concentração antes da administração.
Registrar sempre medicamento, dose em mg, volume em mL, via, horário e resposta.

8. Tratamento medicamentoso padronizado

Situação	Medicamento e dose	Observação
Todos os graus	Dexametasona 0,6 mg/kg VO, dose única (máx. usual: 10 mg).	Preferir VO quando possível.
Vômito / VO não viável	Dexametasona 0,6 mg/kg IM, dose única (máx. usual: 10 mg).	Não atrasar tratamento tentando VO.
Moderado/grave	Adrenalina L 1 mg/mL (1:1.000): 5 mL por nebulização.	Dose padronizada; repetir sob reavaliação médica se necessário.
Febre / desconforto	Antitérmico conforme peso e padronização institucional.	Medida de conforto; não substitui terapia específica.

A dose máxima de dexametasona deve ser conferida com a apresentação disponível e a padronização municipal. Doses e diluições exigem dupla checagem de enfermagem.



TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PADRONIZADO LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)

- 
TODOS OS GRAUS
Dexametasona 0,6 mg/kg VO, dose única
Máx. usual: 10 mg • Preferir VO quando possível.
- 
VÔMITO / VO NÃO VIÁVEL
Dexametasona 0,6 mg/kg IM, dose única
Máx. usual: 10 mg • Não atrasar o tratamento tentando VO.
- 
MODERADO / GRAVE
Adrenalina L 1 mg/mL (1:1.000): 5 mL por nebulização
Dose padronizada • Repetir sob reavaliação médica, se necessário.
- 
FEBRE / DESCONFORTO
Antitérmico conforme peso e padronização institucional
Medida de conforto; não substitui terapia específica.



SEGURANÇA: conferir apresentação e concentração; registrar medicamento, dose, volume, via, horário e resposta clínica.

9. Algoritmo municipal de conduta

CRIANÇA COM TOSSE LADRANTE, ROUQUIDÃO E/OU ESTRIDOR

Passo	Ação
1. Proteger	Responsável junto à criança; posição de conforto; mínima manipulação.
2. Avaliar	Estridor em repouso, tiragens, entrada de ar, cor, consciência e perfusão.
3. Classificar	Leve, moderado, grave ou falência iminente.
4. Tratar	Dexametasona para todos; adrenalina nebulizada se moderado/grave.
5. Reavaliar	Após intervenção e a cada 15–30 min nos moderados/graves.
6. Destinar	Alta segura, observação, internação/transferência ou Vaga Zero.

NÃO ATRASAR Em falência iminente ou diagnóstico alternativo crítico, a transferência e o preparo de via aérea devem iniciar simultaneamente ao tratamento.



10. Reavaliação e monitorização

- Registrar avaliação antes do tratamento e após cada nebulização.
- Moderado/grave: reavaliar a cada 15–30 minutos ou em qualquer piora.
- Registrar estridor em repouso, tiragens, entrada de ar, SpO₂ se tolerada, cor/perfusão, consciência e aceitação hídrica.
- Acesso venoso e monitorização contínua conforme necessidade clínica, sem produzir agitação desnecessária.

Melhora clínica	Piora clínica
Sem estridor em repouso; esforço mínimo; criança alerta e confortável.	Estridor persistente ou reduzido com exaustão, redução da entrada de ar, cianose, letargia, piora da perfusão.

10. REAVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO



Avaliar antes do tratamento e após cada nebulização.



Moderado/grave: reavaliar a cada 15–30 min ou em qualquer piora.



Registrar: estridor em repouso, tiragens, entrada de ar, SpO₂ se tolerada, cor/perfusão, consciência e aceitação hídrica.



Acesso venoso e monitorização contínua conforme necessidade, sem agitação desnecessária.

MELHORA CLÍNICA

Sem estridor em repouso; esforço mínimo; criança alerta e confortável.



PIORA CLÍNICA

Estridor persistente ou reduzido com exaustão, redução da entrada de ar, cianose, letargia, piora da perfusão.



REAVALIE APÓS CADA INTERVENÇÃO — PIORA CLÍNICA EXIGE ESCALONAMENTO IMEDIATO

11. Observação e critérios de alta

Após adrenalina nebulizada, observar por pelo menos 3 horas após a última dose, sem recorrência de estridor em repouso ou esforço respiratório relevante.

Alta domiciliar — todos devem estar presentes
Sem estridor em repouso e sem tiragens relevantes.
Alerta, corada/bem perfundida e em posição confortável.
Aceita líquidos e não necessita de oxigênio.
Recebeu dexametasona; se adrenalina foi utilizada, completou observação clínica adequada.
Responsável compreende sinais de alarme e consegue retornar prontamente ao serviço.

AMPLIAR OBSERVAÇÃO Atendimento noturno, menor de 6 meses, comorbidades, episódio recorrente, acesso difícil ao serviço ou qualquer dúvida diagnóstica.



OBSERVAÇÃO E CRITÉRIOS DE ALTA



APÓS ADRENALINA NEBULIZADA:
OBSERVAR ≥ 3 HORAS APÓS A ÚLTIMA DOSE
Sem recorrência de estridor em repouso ou esforço respiratório relevante.



ALTA DOMICILIAR — TODOS PRESENTES

	Sem estridor em repouso e sem tiragens relevantes	☒
	Alerta, corada/bem perfundida e confortável	☒
	Aceita líquidos e não necessita de oxigênio	☒
	Recebeu dexametasona e completou observação adequada	☒
	Responsável compreende sinais de alarme e retorno	☒



AMPLIAR OBSERVAÇÃO

 Atendimento noturno	 Menor de 6 meses	 Comorbidades	 Episódio recorrente	 Acesso difícil ao serviço	 Dúvida diagnóstica
--	---	--	--	--	---

12. Orientações aos responsáveis

- Manter a criança calma, confortável e sempre acompanhada.
- Oferecer líquidos em pequenos volumes conforme aceitação.
- Usar antitérmico apenas se febre ou desconforto, na dose prescrita.
- Não administrar antibióticos, xaropes para tosse, descongestionantes, salbutamol ou “vapores” sem orientação médica.
- Retornar imediatamente se houver estridor em repouso, piora de tiragens, palidez/cianose, sonolência incomum, dificuldade para beber, sialorreia, piora rápida ou preocupação do responsável.

REGISTRO As orientações de retorno devem constar do prontuário e ser entregues por escrito quando possível.



PREFEITURA DE
ITARIRI
O NOVO TEMPO

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde



SAÚDE
ITARIRI



EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICA

12. ORIENTAÇÕES AOS RESPONSÁVEIS

(LARINGITE ESTRIDULOSA)

- 1**  **CALMA E ACOMPANHAMENTO**
Manter a criança calma, confortável e sempre acompanhada.
- 2**  **LÍQUIDOS**
Oferecer líquidos em pequenos volumes, conforme aceitação.
- 3**  **FEBRE OU DESCONFORTO**
Usar antitérmico apenas na dose prescrita.
- 4**  **NÃO ADMINISTRAR SEM ORIENTAÇÃO**
Antibióticos, xaropes para tosse, descongestionantes, salbutamol ou “vapores”.

 **RETORNE IMEDIATAMENTE**
Estridor em repouso; piora das tiragens; palidez/cianose; sonolência incomum; dificuldade para beber; sialorreia; piora rápida; ou preocupação do responsável.

 **REGISTRO** As orientações de retorno devem constar do prontuário e, quando possível, ser entregues por escrito.

13. Internação, CROSS, Vaga Zero e transporte

Situação	Ação
Estridor persistente em repouso; necessidade de O ₂ ; hidratação inadequada; apresentação atípica.	Solicitar internação/transferência regulada.
Doses repetidas de adrenalina, resposta transitória, crupe grave.	Acionar CROSS precocemente; Sala Vermelha.
Hipoxemia, exaustão, alteração de consciência, via aérea ameaçada.	Considerar Vaga Zero: risco de permanência supera o de transporte.
Suspeita de epigloteite, traqueíte bacteriana, abscesso, difteria, corpo estranho.	Transferência prioritária para referência pediátrica/especializada.

- Estabilizar o possível sem atrasar saída necessária.
- Definir ambulância, equipe e recursos segundo gravidade e Protocolo Municipal de Acionamento da CROSS.
- Manter posição de conforto, O₂/nebulização/material pediátrico disponíveis e relatório completo de transferência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
Departamento de Saúde



INTERNAÇÃO, CROSS, VAGA ZERO E TRANSPORTE

SITUAÇÃO	AÇÃO
 Estridor persistente em repouso; necessidade de O₂; hidratação inadequada; apresentação atípica.	 Solicitar internação / transferência regulada.
 CROSS Doses repetidas de adrenalina, resposta transitória, crupe grave.	 Acionar CROSS precocemente; Sala Vermelha.
 VAGA ZERO Hipoxemia, exaustão, alteração de consciência, via aérea ameaçada.	 Considerar Vaga Zero: risco de permanência supera o de transporte.
 Suspeita de epigloteite, traqueíte bacteriana, abscesso, difteria ou corpo estranho.	 Transferência prioritária para referência pediátrica/especializada.



NÃO ATRASAR A TRANSFERÊNCIA QUANDO O RISCO DE PERMANÊNCIA FOR MAIOR QUE O RISCO DO TRANSPORTE.

14. Responsabilidades da equipe

Profissional	Responsabilidades essenciais
Médico	Confirmar gravidade/diferenciais; prescrever; reavaliar; definir destino; comunicação médica com CROSS/unidade receptora.
Enfermeiro	Acolhimento calmo; conferir e administrar terapias; monitorização; registros; organização de transporte.
Técnico/auxiliar	Reduzir estímulos; administrar terapias prescritas; vigiar sinais de piora; comunicar imediatamente.
Condutor/equipe de ambulância	Conferir O ₂ , nebulizador, monitor e materiais pediátricos; transportar conforme risco; comunicar intercorrências.
Regulação/CROSS	Definir referência, recurso de transporte e destino de maior complexidade.



PREFEITURA DE ITARIRI | DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

14. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE






MÉDICO — Confirmar gravidade e diferenciais; prescrever; reavaliar; definir destino; comunicação médica com CROSS/unidade receptora.




ENFERMEIRO — Acolhimento calmo; conferir e administrar terapias; monitorização; registros; organização do transporte.




TÉCNICO / AUXILIAR — Reduzir estímulos; administrar terapias prescritas; vigiar sinais de piora; comunicar imediatamente.




CONDUTOR / EQUIPE DE AMBULÂNCIA — Conferir O₂, nebulizador, monitor e materiais pediátricos; transportar conforme risco; comunicar intercorrências.




REGULAÇÃO / CROSS — Definir referência, recurso de transporte e destino de maior complexidade.



CUIDADO SEGURO: comunicação, reavaliação e transferência oportuna.

15. Comunicação com a CROSS — modelo SBAR

Campo	Informações essenciais
S — Situação	Idade, peso, quadro atual, gravidade e necessidade imediata.
B — Background	Início, alergias, comorbidades, vacinação quando relevante.
A — Avaliação	Estridor, tiragens, entrada de ar, consciência, perfusão, O ₂ .
R — Recomendação	Destino solicitado, nível de transporte, necessidade de observação/UTI/via aérea avançada.

Síntese sugerida

“Criança de ____ anos, ____ kg, com crupe ____, estridor em repouso e _____. Recebeu dexametasona ____ mg por via ____ às ____ h e adrenalina nebulizada às ____ h, com resposta _____. Encontra-se _____. Solicita-se regulação para unidade pediátrica de maior complexidade devido a _____.”

15. COMUNICAÇÃO COM A CROSS — MODELO SBAR



S

S — SITUAÇÃO

Idade, peso, quadro atual, gravidade e necessidade imediata.

B

B — BACKGROUND

Início, alergias, comorbidades, vacinação quando relevante.

A

A — AVALIAÇÃO

Estridor, tiragens, entrada de ar, consciência, perfusão, O₂.

R

R — RECOMENDAÇÃO

Destino solicitado, nível de transporte, necessidade de observação/UTI/via aérea avançada.



SÍNTESE SUGERIDA: Criança com crupe [idade/peso], início há [tempo], estridor [em repouso/ao chorar], tiragens [grau], SpO₂ [valor se tolerada], estado geral [alerta/sonolenta], terapias realizadas e resposta. Solicito [destino] com transporte [nível], devido a [motivo].



COMUNICAÇÃO OBJETIVA • REGISTRO NO PRONTUÁRIO • CROSS PRECOCE QUANDO HOUVER RISCO

16. PRESCRIÇÃO NO PS — modelos institucionais

Crupe leve

- Manter com responsável, em posição de conforto; minimizar manipulações.
- Dexametasona 0,6 mg/kg VO, dose única (registrar mg e mL).
- Antitérmico se necessário, conforme peso.
- Reavaliar antes da alta.

Crupe moderado

- Observação em ambiente calmo.
- Dexametasona 0,6 mg/kg VO dose única; IM se VO inviável.
- Adrenalina L 1 mg/mL (1:1.000), 5 mL por nebulização.

Reavaliar e observar pelo menos 3 h após a última nebulização

Crupe grave / falência iminente

- Sala Vermelha; responsável junto à criança.
- Dexametasona IM se VO não segura; adrenalina nebulizada imediata.
- Oxigênio se tolerado; preparar ventilação/via aérea pediátrica.

Acionar CROSS precocemente; não aguardar resposta completa para decidir transferência



CRUPE LEVE

- Manter com responsável, em posição de conforto; minimizar manipulações.
- Dexametasona 0,6 mg/kg VO, dose única (registrar mg e mL).
- Antitérmico se necessário, conforme peso.
- Reavaliar antes da alta.



CRUPE MODERADO

- Observação em ambiente calmo.
- Dexametasona 0,6 mg/kg VO, dose única; IM se VO inviável.
- Adrenalina L 1 mg/mL (1:1.000); 5 mL por nebulização.
- Reavaliar e observar por pelo menos 3 h após a última nebulização.



CRUPE GRAVE / FALÊNCIA IMINENTE

- Manter responsável junto à criança.
- Dexametasona IM se VO não segura; adrenalina nebulizada imediata.
- Oxigênio se tolerado; preparar ventilação/via aérea pediátrica.
- Acionar CROSS precocemente; não aguardar resposta completa para decidir transferência.



SEGURANÇA: registrar medicamento, dose (mg), volume (mL), via, horário e resposta clínica.



17. Checklist de atendimento

Item	Conferir
Criança calma, com responsável e em posição confortável.	☐
Estridor em repouso, tiragens, entrada de ar e consciência avaliados.	☐
Peso e alergias registrados.	☐
Dexametasona prescrita/administrada — dose em mg e mL registrada.	☐
Adrenalina: concentração 1 mg/mL confirmada, volume e horário registrados.	☐
Reavaliação documentada após intervenção.	☐
Observação pós-adrenalina ≥ 3 h ou transferência definida.	☐
Orientações / CROSS / relatório de transporte documentados.	☐



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI • DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PROTOCOLO MUNICIPAL • LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)



ITEM	CONFERIR
Criança calma, com responsável e em posição confortável.	☐
Estridor em repouso, tiragens, entrada de ar e consciência avaliados.	☐
Peso e alergias registrados.	☐
Dexametasona prescrita/administrada — dose em mg e mL registrada.	☐
Adrenalina: concentração 1 mg/mL confirmada, volume e horário registrados.	☐
Reavaliação documentada após intervenção.	☐
Observação pós-adrenalina ≥ 3 h ou transferência definida.	☐
Orientações / CROSS / relatório de transporte documentados.	☐



SEGURANÇA: registrar dose, volume, horário e resposta clínica.

18. Checklist pré-transporte pediátrico

- Responsável acompanhante, quando clinicamente possível.
- Posição de conforto; não forçar decúbito.
- Dexametasona e adrenalina: horário, dose e resposta documentados.
- Oxigênio, nebulizador, monitorização e material de ventilação pediátrica disponíveis.
- Equipe e ambulância definidas conforme gravidade.
- Contato com unidade receptora/CROSS realizado e registrado.
- Relatório contendo hipótese, evolução, peso, alergias, sinais vitais tolerados, medicamentos e exames.

ALERTA Não transferir criança com obstrução alta grave em ambulância ou com equipe incompatível com o risco clínico.



- ☒ Responsável acompanhante, quando clinicamente possível.
- ☒ Posição de conforto; não forçar decúbito.
- ☒ Dexametasona e adrenalina: horário, dose e resposta documentados.
- ☒ Oxigênio, nebulizador, monitorização e material de ventilação pediátrica disponíveis.
- ☒ Equipe e ambulância definidas conforme gravidade.
- ☒ Contato com unidade receptora/CROSS realizado e registrado.
- ☒ Relatório: hipótese, evolução, peso, alergias, sinais vitais tolerados, medicamentos e exames.



ALERTA — NÃO TRANSFERIR CRIANÇA COM OBSTRUÇÃO ALTA GRAVE EM AMBULÂNCIA OU COM EQUIPE INCOMPATÍVEL COM O RISCO CLÍNICO.

19. Erros comuns e barreiras de segurança

Erro	Barreira
Separar a criança do responsável ou insistir em exame físico.	Avaliação visual inicial e ambiente calmo.
Interpretar estridor que diminui como melhora.	Correlacionar sempre com esforço, entrada de ar e consciência.
Atrasar adrenalina no moderado/grave.	Classificação rápida e medicação disponível na Sala Vermelha.
Usar salbutamol/antibiótico como rotina.	Reforçar indicação específica e diagnóstico diferencial.
Alta precoce após adrenalina.	Observação ≥ 3 h após última dose, sem recorrência.
Aguardar deterioração para acionar CROSS.	Regulação precoce se grave, atípico ou com resposta transitória.

19. ERROS COMUNS E BARREIRAS DE SEGURANÇA

ERRO COMUM	BARREIRA DE SEGURANÇA	
1.  Separar a criança do responsável ou insistir em exame físico.	 Avaliação visual inicial e ambiente calmo.	  Ambiente calmo e presença do responsável são parte do tratamento.
2.  Interpretar estridor que diminui como melhora.	 Correlacionar sempre com esforço, entrada de ar e consciência.	
3.  Atrasar adrenalina no moderado/grave.	 Classificação rápida e medicação disponível na Sala Vermelha.	
4.  Usar salbutamol/antibiótico como rotina.	 Reforçar indicação específica e diagnóstico diferencial.	
5.  Alta precoce após adrenalina.	 Observação ≥ 3 h após última dose, sem recorrência.	
6.  Aguardar deterioração para acionar CROSS.	 Regulação precoce se grave, atípico ou com resposta transitória.	



SEGURANÇA: REAVALIE APÓS CADA INTERVENÇÃO E ACIONE A CROSS PRECOCEMENTE QUANDO HOUVER GRAVIDADE OU RESPOSTA TRANSITÓRIA.



20. Indicadores de qualidade

Indicador	Meta sugerida
Registro de gravidade e estridor em repouso	≥ 90% dos atendimentos.
Dexametasona documentada nos casos de crupe atendidos	≥ 90%.
Tempo até adrenalina em crupe moderado/grave	Monitorar e reduzir progressivamente.
Observação adequada após adrenalina antes de alta	≥ 90%.
Transferências com relatório completo	≥ 95%.
Retorno em 48–72 h após alta	Analisar caso a caso, com foco em segurança.



20. INDICADORES DE QUALIDADE

Monitorar, registrar e melhorar continuamente o atendimento ao crupe pediátrico.





INDICADOR	META SUGERIDA
 Registro de gravidade e estridor em repouso	≥ 90% dos atendimentos
 Dexametasona documentada nos casos de crupe atendidos	≥ 90%
 Tempo até adrenalina em crupe moderado/grave	Monitorar e reduzir progressivamente
 Observação adequada após adrenalina antes de alta	≥ 90%
 Transferências com relatório completo	≥ 95%
 Retorno em 48–72 h após alta	Analisar caso a caso, com foco em segurança



CICLO DE QUALIDADE: medir • discutir • corrigir • reavaliar

21. Casos clínicos para treinamento

Caso	Cenário / conduta esperada
1 — Leve	Criança 2 a, tosse ladrante noturna, sem estridor em repouso e sem tiragens. Dexametasona VO, reavaliar e orientar alta segura.
2 — Moderado	Criança 18 m, estridor em repouso e tiragens leves, alerta. Dexametasona + adrenalina nebulizada; observação e reavaliações.
3 — Grave	Criança 3 a., tiragens marcadas e entrada de ar reduzida. Sala Vermelha, adrenalina imediata, oxigênio se tolerado, CROSS precoce.
4 — Diagnóstico alternativo	Criança febril, tóxica, sialorreia e posição em tripé. Não examinar orofaringe; proteger via aérea e transferir para referência.

21. CASOS CLÍNICOS PARA TREINAMENTO

LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE) — CONDUTA POR GRAVIDADE



1 — LEVE

Criança, 2 anos. Tosse ladrante noturna, sem estridor em repouso e sem tiragens.

CONDUTA ESPERADA:



Dexametasona VO
• reavaliar • orientar alta segura.



2 — MODERADO

Criança, 18 meses. Estridor em repouso e tiragens leves, alerta.

CONDUTA ESPERADA:



Dexametasona +
adrenalina nebulizada
• observação •
reavaliações.



3 — GRAVE

Criança, 3 anos. Tiragens marcadas e entrada de ar reduzida.

CONDUTA ESPERADA:



Sala Vermelha •
adrenalina imediata •
O₂ se tolerado •
CROSS precoce.



4 — DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO

Criança febril, aspecto tóxico, sialorreia e posição em tripé.

CONDUTA ESPERADA:



Não examinar
orofaringe • proteger
via aérea • transferir
para referência.



RECLASSIFIQUE APÓS CADA INTERVENÇÃO — PIORA CLÍNICA EXIGE ESCALONAMENTO IMEDIATO

22. CRITÉRIOS DE ALTA – ACOMPANHAMENTO EM UBS

LARINGITE ESTRIDULOSA (CRUPE)

PRESCRIÇÃO PARA CASA • ALTA SEGURA • CONTINUIDADE NA UBS



1 | PRESCRIÇÃO PARA CASA

- **Dexametasona:** dose única já administrada no PS; **NÃO** repetir sem orientação médica.
- **Antitérmico** se febre ou desconforto: usar somente a dose prescrita conforme o peso.
- **NÃO** usar por conta própria: antibiótico, xarope para tosse, descongestionante, salbutamol, sedativo ou vapores.



2 | CRITÉRIOS DE ALTA SEGURA

- ✓ Sem estridor em repouso e sem tiragens importantes.
- ✓ Criança alerta, corada, confortável e aceitando líquidos.
- ✓ Sem necessidade de oxigênio.
- ✓ Após adrenalina nebulizada: observação clínica adequada, sem recorrência.
- ✓ Responsável compreende os sinais de alerta e consegue retornar ao serviço.



3 | ORIENTAÇÕES À FAMÍLIA

- Manter a criança calma, em posição de conforto e sempre acompanhada.
- Oferecer líquidos em pequenos volumes, conforme aceitação.
- A tosse pode persistir por alguns dias; observar a respiração, não apenas a tosse.
- Levar esta orientação e a receita em caso de retorno.



4 | CONTINUIDADE E CONTROLE NA UBS

- Reavaliação na UBS em 48–72 h, ou antes se houver dúvida, persistência ou nova piora.
- Registrar evolução, medicamentos administrados e retorno ao PS.
- Avaliar vacinação, episódios recorrentes, comorbidades e necessidade de acompanhamento.



RETORNE IMEDIATAMENTE AO PS

Estridor em repouso • tiragens ou dificuldade para respirar • palidez ou cianose • sonolência incomum • dificuldade para beber • sialorreia • piora rápida • preocupação do responsável.

23. Referências essenciais

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Crupe viral e bacteriano. Departamento Científico de Emergência. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/01/Emergencia-Crupe-Viral-e-Bacteriano.pdf
2. Canadian Pediatric Society. Acute management of croup in the emergency department. Atualização disponível em: <https://cps.ca/en/documents/position/acute-management-of-croup>
3. Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines: Croup (Laryngotracheobronchitis). Disponível em: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/croup_laryngotracheobronchitis/
4. UCSF Benioff Children's Hospitals. Consensus Guidelines for Management of Croup. Disponível em: <https://medconnection.ucsfbenioffchildrens.org/croup-guidelines>
5. American Heart Association. Pediatric Advanced Life Support / Guidelines & Algorithms. 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines/pediatric-advanced-life-support>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Difteria.
Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/difteria>
7. Protocolo Municipal de Acionamento da CROSS, Vaga Zero e Transferência Inter-Hospitalar — Itariri/SP. Documento institucional.

(Data de consulta: agosto de 2026. Recomenda-se revisão anual das doses, das apresentações farmacêuticas disponíveis e dos fluxos de referência regional.)

APROVAÇÃO DO PROJETO

Projeto: Protocolo Municipal de Atendimento à Laringite Estridulosa (Crupe) Pediátrica

Instituição: Prefeitura Municipal de Itariri – Departamento Municipal de Saúde

Unidade: Pronto-Socorro Municipal / Rede de Urgência e Emergência

Versão: 1.0 – 2026

Data da aprovação: ____ / ____ / ____

Responsável	Nome completo	Assinatura
Diretor(a) Municipal de Saúde	Rafael de Jesus Oliveira	
Responsável Técnico Médico	Dra. Yanisleidys Cepero Hernandez Diretora Clínica	
Coordenação de Enfermagem	Enf. Josy Meneses - RT	
Autor / Elaborado por	Dr. Mário Augusto Aparecido de Lima Médico de Família – ESF RAPOSO TAVARES	