



Protocolo Municipal v1.0/2026 • Itariri-SP

PACIENTE GRAVE: VOCÊ RECONHECERIA A **DETERIORAÇÃO**?

Treinamento interativo em 4 casos clínicos para Pronto-Socorro e Sala Vermelha.

Baseado na Apostila Médica e Diretrizes de Deterioração Clínica.

O Motor do Atendimento: Raciocínio Clínico + Agilidade



Dashboard Gauge

Os 7 Sentinelas

FC (<40 ou >120)

PAS (<90 ou >180)

FR (>24)

SpO₂ (<90%)

Esforço (Tiragens)

Extremidades (TEC >3s)

Sensório (Agitação/Letargia)

Funções Sala Vermelha: Líder (ABCDE), Via Aérea, Circulação, Monitor/Registro, Apoio.

CASO 1: "O Final Deste Filme"

FC: 116 bpm	FR: 30 irpm
PA: 80x60 mmHg	SpO ₂ : 90%
Temp: 38.9°C	Glicemia: 188 mg/dL

REGISTRO CLÍNICO

Ana, 61 anos.

Queixa: Hiporexia e mal-estar.

Antecedentes: Internação recente por pneumonia.

Quais sinais indicam gravidade e justificam a Sala Vermelha?

Os 7 Sentinelas dispararam:
FC >100, FR >24, PAS <90, SpO₂ <92% e Febre.

Intervenções (M.O.V.)

- Máscara não reinalante (alvo 94-96%)
- Soro Fisiológico (1000ml em 30 min)
- Sonda Vesical



Médico: Enfermeira, prepare 1000ml de Soro Fisiológico.

Enf: Correndo 1000ml de Soro Fisiológico.



T=0: Triagem

T=2m: Sala Vermelha (Checklist: Monitor, O₂, Acesso).



Reavaliação 30m: PAS mantém 80x60, sem diurese, enchimento capilar >10s, paciente mais letárgica.

O volume não resolveu. O que fazer agora?

Conduta e Regulação (Caso 1)

Ação:

Iniciar Vasopressor (Noradrenalina periférica imediata, acessar central depois). Entrar com Protocolo Sepses (Ceftriaxona).

Diagnóstico Sindrômico:

Choque Distributivo (Sepses) + Insuficiência Respiratória.

SBAR Transfer Ticket

S - Situação: Choque séptico refratário a volume.

A - Antecedentes: Alta recente (pneumonia).

A - Avaliação: Necessita suporte intensivo e DVA.

R - Recomendação: Transferência CROSS/SIRESP para UTI.



Erro a evitar: Esperar exames para chamar ajuda ou iniciar antibiótico na sepsis provável.

CASO 2: A Ilusão do Número



CHART

Sr. B, 70 anos. Cardiopata.

Queixa: Falta de ar e fraqueza.

MONITOR

PA: 105x75 mmHg

FC: 122 bpm

FR: 24 irpm

TEC: 5 segundos

Pele fria e moteada

A pressão está 'normal'. Quais achados denunciam o **choque compensado**?

TEC >3s, pele fria e taquicardia indicam resposta simpática máxima.
Perfusão é mais que pressão!

SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO — SIMPÁTICO



Prioridade ABCDE: Letra C (Circulação).

Intervenção: Ciclo curto de cristalóide (250ml) devido ao risco cardíaco.

T=0: Reconhecimento → T=5m: Desafio Fluido (250ml)

! Reavaliação 10m: Crepitações pulmonares bilaterais, FR sobe para 28, SpO₂ cai para 88%.

A perfusão não melhorou e o pulmão encharcou.
O que fazer agora?

Conduta e Regulação (Caso 2)

Ação: Suspende volume imediatamente.
Iniciar VNI + Inotrópico (Dobutamina).

Diagnóstico Sindrômico: Choque
Cardiogênico / IC Aguda Descompensada

Resposta a Fluidos

Choque Distributivo (Caso 1)	Choque Cardiogênico (Caso 2)
Melhora da perfusão; Pulmão limpo	Piora da hipóxia; Congestão pulmonar (Crepitações)

SBAR

S: Choque cardiogênico com congestão.
A: Cardiopatia prévia.
A: Refratário a cristalóide, dependente de
dobutamina e VNI.
R: Vaga de UTI/Cardiologia.



Erro a evitar: Administrar volume
indiscriminadamente sem reavaliar
a resposta (Regra de Segurança).

CASO 3: A Armadilha Diagnóstica

Patient Bay

LABORATORY REPORT
PATIENT ID: Sr. A
DATE: [CURRENT DATE]
TEST: GLICEMIA
386 mg/dL

Chart & Monitor

Sr. A, 78 anos.

Queixa: Trazido pela família por prostração há 2 dias. DPOC e DM2.

Físico: Glasgow 13 (responde à voz).

Monitor

FC: 126 bpm

FR: 30 irpm

PA: 86x54 mmHg

Temp: 38.2°C

Qual é a ameaça imediata (ABCDE) e qual a armadilha neste cenário?

Ameaças A/B (FR 30, Glasgow 13). **Armadilha:** Ancorar na glicemia alta e ignorar o choque/sepsis óbvio.



Intervenções M.O.V.:

- Oxigênio controlado (alvo 88-92% pelo DPOC)
- Volume cauteloso
- Preparar material de via aérea

⚠ Reavaliação 15m: Glasgow cai para 8.
Paciente não protege mais a via aérea.

A estratégia falhou.
O que fazer agora?

Conduta e Regulação (Caso 3)

Ação: Intubação Orotraqueal imediata. Sugestão no grave: Ketamina + Lidocaína + Succinilcolina.

Diagnóstico Sindrômico: Choque Distributivo (Sepse) + Alteração Aguda de Consciência.

SBAR Ticket

S: Sepse grave, IOT na Sala Vermelha.

A: DPOC, DM2.

A: Via aérea definitiva, instabilidade hemodinâmica.

R: UTI com suporte ventilatório mecânico.

Checklist Via Aérea

- | | |
|---|--|
| ☒ Aspirador testado | ☒ Drogas aspiradas |
| ☒ Acesso pérvio | ☒ Lâmina testada |



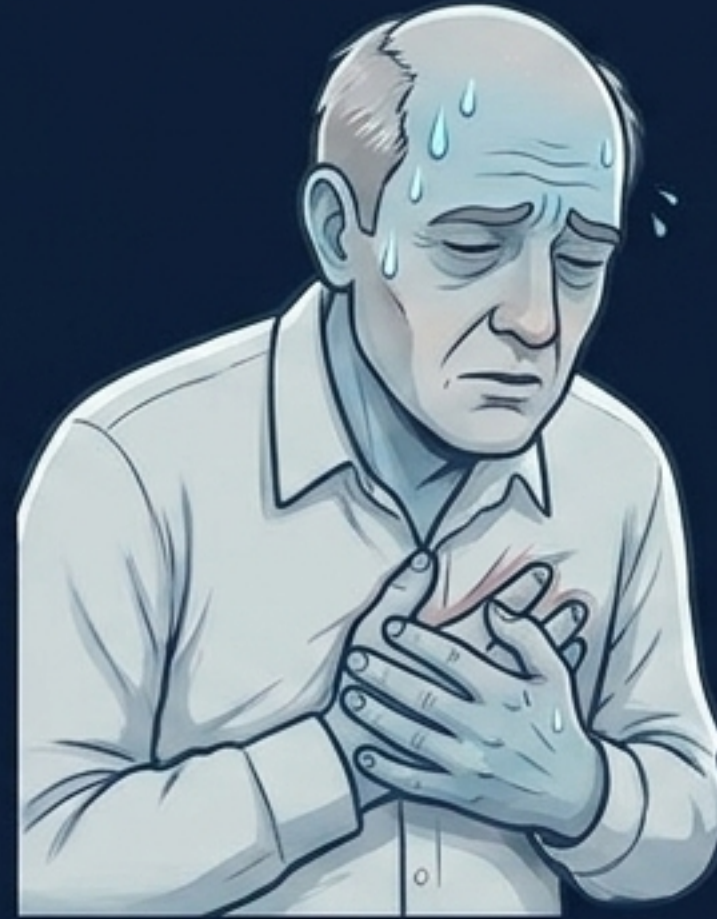
Erro a evitar: Intubar por um valor isolado vs. tendência clínica de rebaixamento e fadiga.

CASO 4: O Falso “Verde”

CLASSIFICAÇÃO:
VERDE
(Pouco Urgente)

Paciente C, 65 anos.
Diabético.

Queixa inicial:
Desconforto
epigástrico e
náusea.



O Twist (Na recepção):
Após 40 min, evolui
com sudorese fria,
palidez e letargia.

Reavaliação rápida:
FC 45 bpm | PA 85x50
mmHg.

**Quais sinais exigem a interrupção do fluxo
habitual e acionamento da Regra de Ouro?**

FC <50, PAS <90 e sudorese (hipoperfusão). Aplica-se a Regra de Ouro: Sala Vermelha imediata.

Prioridade ABCDE: Letra C.

Intervenção: ECG de 12 derivações em até 10 minutos (MOV).



Resultado: ECG mostra **IAM com Supra de ST inferior**.

T=0: Recepção

T=5m: ECG Realizado

O que fazer agora, sabendo que Itariri não possui hemodinâmica?

Conduta Caso 4 & Matriz de Síntese

Conduta Caso 4: Estabilização inicial (AAS, etc) e regulação CROSS/SIRESP imediata (emergência tempo-dependente)

 **Erro a evitar:** Usar o score de triagem como diagnóstico imutável

CASO CLÍNICO	GATILHO / SINAIS	SÍNDROME DOMINANTE	FOCO DA ESTABILIZAÇÃO
Caso 1 (Ana)	Hiporexia / Febre	Infecciosa / Seps	Acesso / Fluido / ATB
Caso 2 (Sr. B)	Dispneia / TEC longo	Cardiogênico	VNI / Inotrópico
Caso 3 (Sr. A)	Prostração / Glasgow 8	Neurológica / Seps	IOT / Via Aérea
Caso 4 (Pac. C)	Epigastralgia / Bradicardia	Cardiovascular (SCA)	ECG / Regulação Rápida

Check Final de Segurança (Revisão SBAR)

Q1: Um paciente com SpO₂ 96% está necessariamente estável?

Não. SpO₂ não mede ventilação (fadiga, hipercapnia, choque).

Q2: O NEWS2 ou Triagem substituem a avaliação clínica?

Não. O julgamento clínico é soberano (Regra de Ouro).

Q3: A queda da FR de 38 para 18/min é sempre melhora?

Pode ser exaustão/fadiga. Avalie o esforço e o sensório.

Q4: O que é obrigatório após qualquer bolus ou medicação?

Reavaliação documentada do ABCDE.

Q5: Quais dados mínimos para a passagem SBAR?

Situação, Antecedentes, Avaliação (tendências) e Recomendação.