

AVALIAÇÃO INICIAL
Peso • perfusão • diurese

PLANOS A / B / C
SRO e observação supervisionada

SALA VERMELHA
Choque • CROSS • Vaga Zero



Reconhecimento precoce • Reidratação segura • Reavaliação • Transferência

PMUE-PED-DA-001 | Versão 1.0 | 2026

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

Este protocolo orienta a abordagem da desidratação aguda pediátrica no Pronto-Socorro Municipal Dr. Taminato Tion, com foco em reconhecimento precoce, terapia de reidratação oral (TRO), estabilização do choque, reavaliação objetiva e destinação segura.

Finalidade	Padronizar decisões seguras e reduzir atraso na reidratação.
Público-alvo	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe de transporte.
Escopo	Crianças e adolescentes com diarreia e/ou vômitos no PS.
Código / versão	PMUE-PED-DA-001 v1.0 — 2026
Elaboração / revisão	Agosto de 2026 revisão anual ou após evento relevante.
Responsáveis	Direção Clínica, Coordenação de Enfermagem e Departamento Municipal de Saúde.
VALIDAR LOCALMENTE Disponibilidade de SRO, SF 0,9%/Ringer lactato, glicemia, acesso intraósseo, bomba de infusão, transporte pediátrico, medicações e fluxo CROSS/Vaga Zero.	

APRESENTAÇÃO INSTITUCIONAL

DESIDRATAÇÃO AGUDA PEDIÁTRICA NO PRONTO-SOCORRO



SUMÁRIO

1. Objetivo e princípios	1
2. Definições e classificação clínica	2
3. Triagem e avaliação inicial	2
4. Sinais de gravidade e Sala Vermelha	3
5. Plano A — sem desidratação	4
6. Plano B — alguma desidratação	5
7. Plano C — desidratação grave sem choque	6
8. Choque — estabilização e fluidoterapia	7
9. Vômitos, falha da TRO e via alternativa	8
10. Situações especiais e diagnósticos diferenciais	9
11. Exames complementares	10
12. Alta, observação e internação	11
13. Transferência, CROSS e Vaga Zero	12
14. Registro clínico mínimo e checklist	13
15. Prescrições-modelo	14
16. Casos, indicadores, anexos e referências	16

LEITURA RÁPIDA Avaliar → classificar → reidratar → reavaliar → destinar.

1. OBJETIVO E PRINCÍPIOS

Aplicar um fluxo simples e seguro: a reidratação oral é prioritária quando a criança consegue beber; fluidoterapia venosa é reservada a desidratação grave, choque ou falha da via oral.

- Tratar a criança, não apenas o número de evacuações.
- Registrar peso atual e perdas; reavaliar após cada etapa terapêutica.
- Manter aleitamento materno e realimentação precoce, quando clinicamente possível.

NÃO ATRASAR TRO ou estabilização por espera de exames, transferência ou diagnóstico etiológico definitivo.

Lembrete operacional | O objetivo imediato é restaurar perfusão e ingestão segura; a causa deve ser investigada em paralelo.

1. OBJETIVO E PRINCÍPIOS



TRO PRIMEIRO, QUANDO SEGURA

Reidratação oral é prioritária quando a criança consegue beber.



IV SOMENTE QUANDO NECESSÁRIO

Desidratação grave, choque ou falha da via oral.



TRATAR A CRIANÇA

Registrar peso e perdas; reavaliar após cada etapa.



MANTER ALIMENTAÇÃO

Manter aleitamento materno e realimentação precoce, quando possível.



NÃO ATRASAR

Não atrasar TRO ou estabilização por exames, transferência ou diagnóstico definitivo.



LEMBRETE OPERACIONAL

Restaurar perfusão e ingestão segura; investigar a causa em paralelo.

2. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

A classificação deve integrar estado geral, capacidade de beber, olhos, mucosas, lágrimas, prega cutânea, perfusão e diurese; nenhum sinal isolado substitui o julgamento clínico.

Categoria	Achados predominantes	Destino inicial
Sem desidratação	Ativa; perfusão e diurese preservadas; aceita líquidos.	Plano A / alta orientada.
Alguma desidratação	Sede; irritabilidade; olhos fundos; boca seca; lágrimas reduzidas; prega lenta.	Plano B e observação.
Grave / choque	Letargia; incapacidade de beber; pulso fraco; extremidades frias; TEC prolongado; oligúria/anúria; hipotensão tardia.	Sala Vermelha e estabilização.

ATENÇÃO Hipotensão é sinal tardio em pediatria. Perfusão periférica, pulsos, estado mental e diurese são essenciais.

Lembrete operacional | Classificar novamente após a intervenção; a categoria pode mudar rapidamente.

2. DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

A classificação integra estado geral, capacidade de beber, olhos, mucosas, lágrimas, prega cutânea, perfusão e diurese.
Nenhum sinal isolado substitui o julgamento clínico.

CATEGORIA	ACHADOS PREDOMINANTES	DESTINO INICIAL
SEM DESIDRATAÇÃO 	Ativa; perfusão e diurese preservadas; aceita líquidos.	PLANO A / alta orientada. 
ALGUMA DESIDRATAÇÃO 	Sede; irritabilidade; olhos fundos; boca seca; lágrimas reduzidas; prega lenta.	PLANO B e observação. 
GRAVE / CHOQUE 	Letargia; incapacidade de beber; pulso fraco; extremidades frias; TEC prolongado; oligúria/anúria; hipotensão tardia.	SALA VERMELHA e estabilização. 



ATENÇÃO
Hipotensão é sinal tardio em pediatria.
Perfusão periférica, pulsos, estado mental e diurese são essenciais.



LEMBRETE OPERACIONAL | Classificar novamente após a intervenção; a categoria pode mudar rapidamente.

3. TRIAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL

Na chegada, medir peso, sinais vitais, perfusão, estado mental e diurese. Obter história breve: duração e volume de perdas, vômitos, ingesta, sangue nas fezes, febre, comorbidades e vacinação.

Sequência prática

- ABCDE se houver instabilidade; glicemia capilar em criança grave, letárgica, convulsivante ou com jejum prolongado.
- Inspeccionar padrão respiratório e dor abdominal; procurar lesões cutâneas, sinais de sepse e sangramento.
- Registrar peso em quilogramas antes de calcular volumes.

CONDUTA IMEDIATA Se há alteração de consciência, incapacidade de beber, má perfusão ou suspeita de doença grave: encaminhar diretamente à Sala Vermelha.

Lembrete operacional | Peso + sinais vitais + diurese são dados obrigatórios para decisão e registro.

3. TRIAGEM E AVALIAÇÃO INICIAL



NA CHEGADA

Peso • sinais vitais • perfusão • estado mental • diurese



HISTÓRIA BREVE

Duração e volume de perdas • vômitos • ingesta • sangue nas fezes • febre • comorbidades • vacinação



CONDUTA IMEDIATA

Alteração de consciência, incapacidade de beber, má perfusão ou suspeita de doença grave → **SALA VERMELHA**



SEQUÊNCIA PRÁTICA

- ✓ ABCDE se houver instabilidade.
- ✓ Glicemia capilar: criança grave, letárgica, convulsivante ou com jejum prolongado.
- ✓ Inspeccionar padrão respiratório e dor abdominal; procurar lesões cutâneas, sinais de sepse e sangramento.
- ✓ Registrar peso em quilogramas antes de calcular volumes.



LEMBRETE OPERACIONAL

Peso + sinais vitais + diurese são dados obrigatórios para decisão e registro.

4. SINAIS DE GRAVIDADE E SALA VERMELHA

Ativar atendimento de maior complexidade diante de choque, deterioração neurológica, hipoglicemia, desconforto respiratório, suspeita de sepse ou diagnóstico alternativo grave.

- Letargia, rebaixamento, convulsão, incapacidade de beber ou vômitos incoercíveis.
- Pulso fraco, TEC prolongado, extremidades frias, oligúria/anúria ou hipotensão.
- Vômito bilioso, dor abdominal intensa/localizada, distensão, sangue nas fezes com toxemia.
- Lactente pequeno com febre/hipoatividade; suspeita de dengue, CAD, intoxicação ou desnutrição grave.

NÃO ATRASAR Acionamento médico, glicemia, monitorização, acesso IV/IO e contato precoce com a regulação quando houver risco de transferência.

Lembrete operacional | Na dúvida entre doença diarreica simples e criança gravemente doente, priorize a estabilização.

4. SINAIS DE GRAVIDADE E SALA VERMELHA



5. PLANO A — SEM DESIDRATAÇÃO

Indicado quando não há sinais clínicos de desidratação e a criança mantém aceitação oral e perfusão/diurese adequadas.

- Oferecer SRO após evacuações e episódios de vômito, em pequenos volumes frequentes.
- Manter aleitamento materno em livre demanda e alimentação habitual apropriada à idade.
- Orientar retorno imediato se piora, pouca urina, sede intensa, recusa, sonolência, sangue nas fezes, vômitos repetidos, febre persistente ou dor intensa.

ATENÇÃO Água, refrigerantes, sucos e bebidas esportivas não substituem SRO para reidratação de perdas diarreicas.

Lembrete operacional | Alta segura requer responsável orientado, possibilidade de retorno e ausência de sinais de alarme.

5. PLANO A — SEM DESIDRATAÇÃO

Indicado quando não há sinais clínicos de desidratação e a criança mantém aceitação oral e perfusão/diurese adequadas.



OFERECER SRO

Após evacuações e episódios de vômito, em pequenos volumes frequentes.



MANTER

Aleitamento materno em livre demanda e alimentação habitual apropriada à idade.



RETORNO IMEDIATO SE

Piora • pouca urina • sede intensa
• recusa • sonolência • sangue nas fezes • vômitos repetidos
• febre persistente ou dor intensa.



ATENÇÃO

Água, refrigerantes, sucos e bebidas esportivas não substituem SRO para reidratação de perdas diarreicas.



Lembrete operacional

Alta segura requer responsável orientado, possibilidade de retorno e ausência de sinais de alarme.

6. PLANO B — ALGUMA DESIDRATAÇÃO

Indicado quando há sinais de desidratação sem choque e a criança pode beber. Realizar em observação, com administração supervisionada.

CONDUTA IMEDIATA SRO 75 mL/kg por via oral em 4–6 horas; pequenos volumes frequentes em copo, colher ou seringa. Reavaliar ao final e reclassificar.

- Se vomitar: pausar brevemente e reiniciar mais lentamente, com pequenos volumes.
- Manter aleitamento; registrar volumes administrados, perdas, vômitos e diurese.
- Se piorar, não aceitar SRO ou houver falha persistente, reavaliar diagnóstico, via alternativa e necessidade de terapia IV/transferência.

Lembrete operacional | Exemplo: 12 kg → 900 mL de SRO em 4–6 h, sob reavaliação clínica.

6. PLANO B — ALGUMA DESIDRATAÇÃO





Indicado quando há sinais de desidratação sem choque e a criança pode beber. Realizar em observação, com administração supervisionada.



75 mL × peso (kg)
= volume total em 4–6 h

1



CONDUTA IMEDIATA

SRO 75 mL/kg por via oral em 4–6 horas

Pequenos volumes frequentes em copo, colher ou seringa.



4–6 h

2



REAVALIAR

Ao final, reclassificar a criança.



3



SE VOMITAR

Pausar brevemente e reiniciar mais lentamente, com pequenos volumes.



4



MANTER E REGISTRAR

Manter aleitamento. Registrar volumes administrados, perdas, vômitos e diurese.





SE HOUVER FALHA

Se piorar, não aceitar SRO ou houver falha persistente: reavaliar diagnóstico, via alternativa e necessidade de terapia IV/transferência.



LEMBRETE OPERACIONAL

Exemplo: 12 kg → 900 mL de SRO em 4–6 h, sob reavaliação clínica.



12 kg

→

900 mL

em 4–6 h



PROTOCOLO MUNICIPAL — DESIDRATAÇÃO AGUDA PEDIÁTRICA

Página 6

7. PLANO C — DESIDRATAÇÃO GRAVE SEM CHOQUE

A desidratação grave exige reidratação parenteral com solução isotônica, conforme protocolo vigente do Ministério da Saúde/OMS e reavaliação seriada. Diferenciar sempre de choque circulatório.

- Usar SF 0,9% ou Ringer lactato; iniciar terapia conforme peso, idade e condição clínica.
- Reavaliar perfusão, consciência, FR, ausculta, hepatomegalia, PA e diurese durante a reposição.
- Assim que possível, oferecer SRO por via oral ou sonda, mantendo aleitamento quando apropriado.

VALIDAR LOCALMENTE Volumes, tempos e materiais devem estar alinhados ao fluxograma municipal e à disponibilidade do PS.

Lembrete operacional | Desidratação grave sem choque não autoriza infundir volumes sem vigilância clínica.

PLANO C — DESIDRATAÇÃO GRAVE SEM CHOQUE

! Diferenciar sempre de choque circulatório.

1 SOLUÇÃO ISOTÔNICA



SF 0,9% ou
Ringer lactato

Conforme peso, idade
e condição clínica



2 REAVALIAÇÃO SERIADA



REAVALIAR:
perfusão • consciência
• FR • ausculta
• hepatomegalia
• PA • diurese



SOLUÇÃO
ISOTÔNICA



REAVALIAÇÃO
SERIADA



SRO/SONDA



ALEITAMENTO



Assim que possível: oferecer SRO por via oral ou sonda;
manter aleitamento quando apropriado.



VALIDAR LOCALMENTE

Volumes, tempos e materiais devem seguir
o fluxograma municipal e a disponibilidade do PS.



Lembrete operacional: Desidratação grave sem choque não autoriza infundir volumes sem vigilância clínica.

8. CHOQUE — ESTABILIZAÇÃO E FLUIDOTERAPIA

Choque é emergência. Iniciar ABCDE, oxigênio se hipoxemia/insuficiência respiratória, glicemia, monitorização e acesso venoso. Se falha rápida de acesso, utilizar intraósseo por profissional habilitado.

CONDUTA IMEDIATA SF 0,9% ou Ringer lactato: alíquota de 10 mL/kg IV rápida. Reavaliar imediatamente antes de repetir.

Reavaliar após cada alíquota	Sinais de resposta	Sinais de sobrecarga
Perfusão e pulsos	TEC/temperatura periférica melhores; estado mental e diurese em melhora.	Crepitações, hepatomegalia, aumento do esforço respiratório, piora da oxigenação.
NÃO ATRASAR CROSS precoce quando persistem hipoperfusão, necessidade de múltiplas intervenções, suporte ventilatório ou hipótese de sepse.		

Lembrete operacional | Não repetir fluidos às cegas: reavaliar após cada alíquota e reconsiderar etiologia.

8. CHOQUE — ESTABILIZAÇÃO E FLUIDOTERAPIA



Choque é emergência.



Falha rápida de acesso: intraósseo por profissional habilitado.



CONDUTA IMEDIATA

**SF 0,9% ou Ringer lactato:
10 mL/kg IV rápida.**



REAVALIAR IMEDIATAMENTE ANTES DE REPETIR

REAVALIAR APÓS CADA ALÍQUOTA



SINAIS DE RESPOSTA



Perfusão e pulsos melhores •
TEC/temperatura periférica
melhores • estado mental e
diurese em melhora.



SINAIS DE SOBRECARGA



Crepitações • hepatomegalia •
aumento do esforço
respiratório • piora da
oxigenação.



NÃO ATRASAR

CROSS precoce se persistirem
hipoperfusão, múltiplas intervenções,
suporte ventilatório ou hipótese de sepse.



LEMBRETE OPERACIONAL

Não repetir fluidos às cegas:
reavaliar após cada alíquota e
reconsiderar etiologia.

9. VÔMITOS, FALHA DA TRO E VIA ALTERNATIVA

Vômitos não contraindicam a TRO; a técnica de pequenos volumes frequentes é habitualmente eficaz. Falha persistente exige nova avaliação clínica e diagnóstica.

- Reduzir volume por oferta e aumentar frequência; usar copo, colher ou seringa conforme idade.
- Considerar sonda nasogástrica para SRO, quando disponível e indicada por profissional responsável.
- Ondansetrona, quando usada, deve obedecer a avaliação médica, contraindicações e protocolo local; não substitui reidratação nem investigação.

ATENÇÃO Vômito bilioso, hematêmese, dor localizada, distensão, alteração neurológica ou acidose suspeita demandam investigação de outra causa.

Lembrete operacional | A via oral/enteral é preferida quando segura e tolerada.

9. VÔMITOS, FALHA DA TRO E VIA ALTERNATIVA



Vômitos não contraindicam a TRO; a técnica de pequenos volumes frequentes é habitualmente eficaz.
Falha persistente exige nova avaliação clínica e diagnóstica.



REDUZIR
VOLUME POR
OFERTA



AUMENTAR
FREQUÊNCIA



Usar copo, colher
ou seringa conforme
idade.



VIA
ALTERNATIVA

Considerar sonda
nasogástrica para SRO,
quando disponível e
indicada por profissional
responsável.



ONDANSETRONA

Quando usada, deve
obedecer avaliação
médica, contraindicações
e protocolo local;
não substitui reidratação
nem investigação.



ATENÇÃO

Vômito bilioso, hematêmese, dor localizada, distensão, alteração neurológica ou acidose suspeita demandam investigação de outra causa.



Lembrete operacional | A via oral/enteral é preferida quando segura e tolerada.

10. SITUAÇÕES ESPECIAIS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Evitar reduzir toda criança com vômitos/diarreia a gastroenterite. A gravidade pode decorrer de sepse, abdome agudo, dengue, CAD, intoxicação, ITU ou outra doença sistêmica.

- Lactente <3 meses, desnutrição grave, cardiopatia, doença renal e comorbidades complexas: baixo limiar para observação/transferência.
- Sepse: febre ou hipotermia, hipoatividade, má perfusão, petéquias, desconforto respiratório.
- Dengue: considerar contexto epidemiológico, dor abdominal, sangramento, letargia e sinais de alarme do protocolo específico.
- CAD: polidipsia/perda ponderal, respiração profunda, dor abdominal e hiperglicemia — seguir protocolo próprio.

Lembrete operacional | Diagnóstico alternativo grave muda prioridade e destino, mesmo na presença de diarreia.

10. SITUAÇÕES ESPECIAIS E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Vômitos e diarreia não significam sempre gastroenterite. Procure doença grave associada.



1	SEPSE		• febre ou hipotermia • hipoatividade • má perfusão • petéquias • desconforto respiratório
2	DENGUE		• contexto epidemiológico • dor abdominal • sangramento • letargia • sinais de alarme
3	CAD		• polidipsia/perda ponderal • respiração profunda • dor abdominal • hiperglicemia
4	ABDOME AGUDO / INTOXICAÇÃO		• dor intensa ou localizada • vômito bilioso • distensão • história sugestiva
5	ITU OU OUTRA DOENÇA SISTÊMICA		• febre persistente • prostração • sinais focais

MAIOR VULNERABILIDADE

lactente <3 meses

desnutrição grave

cardiopatia

doença renal

comorbidades complexas

LEMBRETE OPERACIONAL

Diagnóstico alternativo grave muda prioridade e destino, mesmo na presença de diarreia.

11. EXAMES COMPLEMENTARES

A maioria das crianças com gastroenterite não necessita exames. Solicitar somente se o resultado alterar conduta ou contribuir para diagnóstico de gravidade/alternativo.

- Glicemia: criança grave, alteração de consciência, convulsão, jejum prolongado ou suspeita de CAD.
- Eletrólitos, função renal, gasometria, hemograma/hemocultura: choque, desidratação importante, suspeita de sepse, CAD, comorbidade ou transferência conforme indicação.
- Exames de fezes: disenteria, surto, imunossupressão, diarreia persistente ou orientação da vigilância.

NÃO ATRASAR A reidratação e a estabilização por coleta de exames.

Lembrete operacional | Colha exames em paralelo ao tratamento quando não houver atraso.

11. EXAMES COMPLEMENTARES

A maioria das crianças com gastroenterite não necessita exames. Solicitar somente se o resultado alterar conduta ou contribuir para diagnóstico de gravidade/alternativo.



GLICEMIA

Criança grave, alteração de consciência, convulsão, jejum prolongado ou suspeita de CAD.



ELETRÓLITOS, FUNÇÃO RENAL, GASOMETRIA, HEMOGRAMA/HEMOCULTURA

Choque, desidratação importante, suspeita de sepse, CAD, comorbidade ou transferência conforme indicação.



EXAMES DE FEZES

Disenteria, surto, imunossupressão, diarreia persistente ou orientação da vigilância.



HEMOCULTURA

Suspeita de sepse ou criança grave.



NÃO ATRASAR

A reidratação e a estabilização por coleta de exames.



Lembrete operacional | Colha exames em paralelo ao tratamento quando não houver atraso.

12. ALTA, OBSERVAÇÃO E INTERNAÇÃO

A decisão de destino deve se basear em resposta ao tratamento, tolerância oral, segurança domiciliar e risco clínico.

Alta segura	Manter observação / internar / transferir
Aceita líquidos; perfusão normal; diurese presente; responsável compreende orientações; retorno possível.	Choque ou desidratação grave; falha da TRO; necessidade IV persistente; alteração neurológica; suspeita de sepse/abdome agudo/CAD/dengue grave; lactente comprometido.

Entregar orientações escritas: SRO, alimentação/aleitamento, sinais de alarme e local de retorno.

ATENÇÃO Ausência de condição social para observação e retorno seguro deve pesar na decisão clínica.

Lembrete operacional | A alta não depende apenas de “parar a diarreia”; depende de hidratação e segurança.

12. ALTA, OBSERVAÇÃO E INTERNAÇÃO



Decisão de destino: resposta ao tratamento, tolerância oral, segurança domiciliar e risco clínico.



ALTA SEGURA



✓ Aceita líquidos



✓ Perfusão normal



✓ Diurese presente



✓ Responsável compreende orientações



✓ Retorno possível



MANTER OBSERVAÇÃO / INTERNAR / TRANSFERIR



• Choque ou desidratação grave



• Falha da TRO



• Necessidade IV persistente



• Alteração neurológica



• Suspeita de sepse, abdome agudo, CAD ou dengue grave



• Lactente comprometido



• Transferência necessária



ENTREGAR ORIENTAÇÕES ESCRITAS

SRO • alimentação/aleitamento • sinais de alarme • local de retorno



ATENÇÃO

Ausência de condição social para observação e retorno seguro deve pesar na decisão clínica.



LEMBRETE OPERACIONAL

A alta não depende apenas de ‘parar a diarreia’; depende de hidratação e segurança.

13. TRANSFERÊNCIA, CROSS E VAGA ZERO

Transferir após iniciar estabilização e manter monitorização. A comunicação com a unidade receptora deve ser precoce e objetiva.

- Acionar CROSS: necessidade de internação pediátrica, suporte que excede capacidade local, choque, falha terapêutica ou diagnóstico grave.
- Considerar Vaga Zero conforme risco iminente e regulação médica, sem retardar medidas de estabilização.
- Enviar resumo clínico: peso, duração/perdas, sinais vitais, classificação, glicemia, acesso, fluidos/medicações/horários, exames e resposta clínica.

VALIDAR LOCALMENTE Equipamento pediátrico de transporte, equipe acompanhante, oxigênio, bomba de infusão e comunicação de saída.

Lembrete operacional | Transferir com criança estabilizada o máximo possível, sem atrasar quando há risco de vida.

13. TRANSFERÊNCIA, CROSS E VAGA ZERO



1 TRANSFERIR APÓS INICIAR ESTABILIZAÇÃO E MANTER MONITORIZAÇÃO

Comunicação precoce e objetiva com a unidade receptora.



2 ACIONAR CROSS

Necessidade de internação pediátrica • suporte acima da capacidade local • choque • falha terapêutica • diagnóstico grave



3 VAGA ZERO

Considerar conforme risco iminente e regulação médica, sem retardar a estabilização.



4 ENVIAR RESUMO CLÍNICO

Peso • duração/perdas • sinais vitais • classificação • glicemia • acesso • fluidos/medicações/horários • exames • resposta clínica



5 VALIDAR LOCALMENTE

Equipamento pediátrico de transporte • equipe acompanhante • oxigênio • bomba de infusão • comunicação de saída



LEMBRETE OPERACIONAL



Transferir com a criança estabilizada o máximo possível, sem atrasar quando há risco de vida.

14. REGISTRO CLÍNICO MÍNIMO E CHECKLIST

A documentação permite continuidade do cuidado, auditoria e comunicação segura durante a transferência.

Registrar obrigatoriamente

- Peso, horário, sinais vitais, perfusão, estado mental, glicemia quando indicada e diurese.
- Classificação inicial e após reavaliações; volume/tipo/via de SRO e cristaloides; perdas e vômitos.
- Hipóteses, exames, decisões, orientações, destino e contato com CROSS.

Checklist de enfermagem

- Identificar criança e peso; monitorar sinais vitais; contabilizar entradas/saídas; comunicar piora; conferir transporte/documentação.

Lembrete operacional | Se não está registrado, a continuidade assistencial fica comprometida.

14. REGISTRO CLÍNICO MÍNIMO E CHECKLIST



REGISTRAR OBRIGATORIAMENTE

		Peso e horário
		Sinais vitais, perfusão e estado mental
		Glicemia quando indicada e diurese
		Classificação inicial e reavaliações
		Volume, tipo e via de SRO/cristaloides
		Perdas e vômitos
		Hipóteses, exames, decisões e orientações
		Destino e contato com CROSS



CHECKLIST DE ENFERMAGEM

- ☒ Identificar criança e peso
- ☒ Monitorar sinais vitais
- ☒ Contabilizar entradas/saídas
- ☒ Comunicar piora
- ☒ Conferir transporte e documentação



LEMBRETE OPERACIONAL | Se não está registrado, a continuidade assistencial fica comprometida.

15. PRESCRIÇÕES-MODELO

Modelos devem ser adaptados ao peso, avaliação médica, função renal, comorbidades e disponibilidade institucional. Não substituem julgamento clínico.

PLANO B SRO 75 mL/kg VO/enteral em 4–6 h, fracionado; reavaliar hidratação, aceitação, vômitos e diurese ao término.

CHOQUE SF 0,9% ou Ringer lactato 10 mL/kg IV rápido; reavaliar imediatamente perfusão, consciência, PA, FR, ausculta, hepatomegalia e diurese antes de nova alíquota.

OBSERVAÇÃO Sinais vitais seriados, balanço hídrico, registro de perdas, SRO conforme tolerância e reclassificação clínica.

VALIDAR LOCALMENTE Apresentações, concentrações, prescrição eletrônica e medicamentos disponíveis antes da implantação.

Lembrete operacional | Prescrever sempre em mL e registrar o volume efetivamente administrado.

15. PRESCRIÇÕES-MODELO

Modelos devem ser adaptados ao peso, avaliação médica, função renal, comorbidades e disponibilidade institucional. Não substituem julgamento clínico.



PLANO B

SRO 75 mL/kg
VO/enteral em 4–6 h,
fracionado; reavaliar
hidratação, aceitação,
vômitos e diurese ao
término.



CHOQUE

SF 0,9% ou Ringer
lactato 10 mL/kg IV
rápido; reavaliar
imediatamente perfusão,
consciência, PA, FR,
ausculta, hepatomegalia
e diurese antes de nova
alíquota.



OBSERVAÇÃO

Sinais vitais seriados,
balanço hídrico, registro
de perdas, SRO conforme
tolerância e reclassificação
clínica.



VALIDAR LOCALMENTE

Apresentações,
concentrações,
prescrição eletrônica e
medicamentos disponíveis
antes da implantação.



Lembrete operacional

Prescrever sempre em mL e registrar o volume
efetivamente administrado.

16. CASOS, INDICADORES, ANEXOS E REFERÊNCIAS

Capacitação e auditoria completam a implantação do protocolo. Revisar eventos adversos e adaptar fluxos conforme recursos municipais.

- Caso 1: lactente de 10 meses, 8 kg, olhos fundos e sede intensa sem choque → Plano B, 600 mL de SRO em 4–6 h e reavaliação.
- Caso 2: criança de 3 anos, 14 kg, letargia, extremidades frias e pulso fraco → Sala Vermelha, ABCDE, glicemia, acesso IV/IO, 140 mL de isotônico como primeira alíquota e CROSS precoce.
- Caso 3: adolescente com vômitos, dor abdominal, respiração profunda e hiperglicemia → suspeitar CAD; não seguir fluxo isolado de gastroenterite.

Indicadores sugeridos

- Proporção com peso e classificação registrados; tempo até TRO/fluido em choque; reavaliação documentada; retorno em 72 h; transferências com resumo completo.

Referências essenciais

Ministério da Saúde (Brasil). Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado do paciente, 2023. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diarreia Aguda Infecciosa, 2023. OMS. Pocket Book of Hospital Care for Children, 2ª ed. OMS. Oral Rehydration Salts, 2006. NICE. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s (CG84), atualizações vigentes.

Lembrete operacional | Implantar com simulação prática: classificação, TRO, choque e transferência segura.

16. CASOS, INDICADORES, ANEXOS E REFERÊNCIAS

CAPACITAÇÃO E AUDITORIA COMPLETAM A IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO.



CASO 1

Lactente 10 meses • 8 kg |
Olhos fundos e sede intensa,
sem choque.

PLANO B: 600 mL de SRO em
4–6 h e reavaliar.






CASO 2

Criança 3 anos • 14 kg |
Letargia, extremidades frias
e pulso fraco.

SALA VERMELHA:
ABCDE, glicemia, acesso IV/IO,
140 mL de isotônico como
primeira alíquota e
CROSS precoce.








CASO 3

Adolescente com vômitos,
dor abdominal, respiração
profunda e hiperglicemia.

SUSPEITAR CAD:
não seguir fluxo isolado
de gastroenterite.




INDICADORES SUGERIDOS

✓	• Peso e classificação registrados	
✓	• Tempo até TRO/fluido no choque	
✓	• Reavaliação documentada	
✓	• Retorno em 72 h	
✓	• Transferência com resumo completo	



REFERÊNCIAS ESSENCIAIS

Ministério da Saúde (Brasil), 2023 • Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023 •
OMS: Pocket Book of Hospital Care for Children, 2ª ed. • OMS: Oral Rehydration Salts,
2006 • NICE CG84, atualizações vigentes.



LEMBRETE OPERACIONAL

Implantar com simulação prática:
classificação, TRO, choque e transferência segura.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do paciente com diarreia: avaliação do estado do paciente**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: gov.br/saude. Acesso em: 5 ago. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. **Diarreia aguda infecciosa**. Guia Prático de Atualização. São Paulo: SBP, 2023. Disponível em: [SBP](#). Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses**. 2. ed. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: [WHO](#). Acesso em: 5 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral rehydration salts: production of the new ORS**. Geneva: WHO, 2006.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s: diagnosis and management**. NICE guideline CG84. London: NICE, 2009. Disponível em: [NICE](#). Acesso em: 5 ago. 2026.

EUROPEAN SOCIETY FOR PAEDIATRIC GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY AND NUTRITION. **European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the management of acute gastroenteritis in children**. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2023.

Protocolo encerrado e aprovado como versão institucional de trabalho:

PROTOCOLO MUNICIPAL DE DESIDRATAÇÃO AGUDA PEDIÁTRICA — 2026
Código: PMUE-PED-DA-001 | Versão 1.0