



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 1/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### 1. REVISÃO DA LITERATURA

Visando a qualidade na assistência e segurança do paciente, entende-se de suma importância a avaliação e detecção precoce da deterioração do quadro clínico do paciente.

No Instituto de Cardiologia utilizamos as seguintes escalas de avaliação:

- Escala a NEWS para pacientes a partir de 18 anos;
- Escala PEWS para avaliação crianças entre 0 e 17 anos;
- Escala MEOWS para gestantes e/ou puérperas até 6 semanas após o parto;
- Escala de Aldrete e Kroulik (AK) para avaliação de pacientes pós procedimentos ambulatoriais.

Estas escalas resultam da avaliação de cinco parâmetros fisiológicos: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial sistólica, temperatura e estado de consciência.

O monitoramento regular pode reduzir potenciais Eventos Adversos Graves (EAGs), tais como a parada cardíaca e a necessidade de admissão em caráter de urgência nas Unidades Intensivas ou até mesmo a morte (KYRIACOS et al., 2014).

### 2. OBJETIVO

Promover o reconhecimento precoce de deterioração clínica do paciente, através de ferramentas (NEWS, PEWS, MEOWS e ALDRETE) para sinal de alerta e acionamento da equipe médica, favorecendo a segurança do paciente por meio da equipe multidisciplinar.

### 3. RECURSOS FÍSICOS E MATERIAIS

Caneta azul ou preta, folha de sinais vitais, estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro para verificação de sinais vitais e telefone.

### 4. ATRIBUIÇÕES DE CADA CATEGORIA

#### 4.1. TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Realizar a avaliação dos dados vitais;
- Realizar a aplicação da escala conforme perfil do paciente (adulto, pediátrico, gestante e/ou puérpera);
- Registrar os valores encontrados na folha de sinais vitais;
- Comunicar imediatamente ao enfermeiro dos pacientes com escore de risco médio e alto;



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 2/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

- Manter o atendimento do paciente conforme a frequência indicada no fluxo de atendimento, para os pacientes com risco médio e alto;
- Registrar as condutas realizadas no prontuário do paciente, folha de sinais vitais.

### 4.2. ENFERMEIRO

- Conferir diariamente com o técnico da aplicação da escala;
- Comparecer ao leito do paciente assim que acionado pelo técnico de enfermagem;
- Validar dados vitais e aplicação da escala;
- Manter o acompanhamento do paciente conforme determina as escalas;
- Se necessário solicitar avaliação TRR de acordo com o resultado da escala (adulto, pediátrico, gestante e/ou puérpera). Atenção ao acionamento:
  - **Unidades de internação 2B e 3B chamar Emergência SUS;**
  - **Pacientes de pós-operatório chamar UPO;**
  - **CCL2, CCL3, CCL4 e CCL5 chamar CTI;**
  - **Pacientes pediátricos chamar a UTI-PED.**
- Conversar com médico quando o paciente possui indicação de alta e/ou alteração do escore;
- Registrar as definições e condutas realizadas no prontuário da paciente via sistema MV (evolução).

#### 4.2.1. Médico (TRR)

- Comparecer ao leito do paciente e avaliá-lo com base nas informações repassadas pelo enfermeiro;
- Implementar as condutas necessárias para o tratamento do paciente;
- Prescrever e registrar as condutas realizadas no prontuário da paciente via sistema MV;
- Comunicar ao médico assistente quando cabível.

## 5. APLICAÇÃO DAS ESCALAS E FLUXOGRAMA

- Para todos os pacientes internados nas unidades de internação do hospital (exceto UTI adulto, UTI pediátrica e UPO) aplicar 1 vez ao turno;
- Para todos pacientes pós-operatório imediato na SRPA do Centro Cirúrgico 2, conforme rotina específica do setor;
- Na hemodinâmica, o acompanhamento do paciente internado será mantido conforme determina a escala e se necessário a avaliação do médico residente / operador deverá ser solicitada de acordo com o resultado da escala. Para o turno da noite e finais de semana, o médico plantonista do CTI deverá ser acionado.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 3/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

- Na hemodinâmica, com paciente ambulatorial, será realizado o acompanhamento pela escala de Aldrete;
- Sempre que houver mudança na situação clínica do paciente, atentar para sinais de alerta, como palidez, tontura, mal-estar e dor;
- As escalas não se aplicam em pacientes incluídos no grupo de Cuidados Paliativos e/ou pacientes com medidas de conforto, manejo máximo de andar ou orientação de permitir morte natural.

### 5.1 Escala de “NEWS”

Escala aplicada nos seguintes setores:

- Unidades de Internação Adulto;
- Hemodinâmica Internação, somente para pacientes internados;
- SR Centro cirúrgico 2;
- Emergência SUS;
- Emergência Convênio.

Esta ferramenta deverá ser aplicada em pacientes a partir de 18 anos de idade na admissão na unidade, a cada turno e sempre que houver alteração na situação clínica.

São avaliados: frequência respiratória, saturação periférica oxigênio, suplementação de oxigênio, temperatura, pressão arterial sistólica, frequência cardíaca e sensório.



## **PROTOCOLO ASSISTENCIAL**

TIPO DO DOCUMENTO	PROTÓCOLO	PROT.ENF.002 - PÁGINA 4/24	
TÍTULO DO DOCUMENTO	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	EMISSÃO: 09/09/2025	PRÓXIMA REVISÃO: 09/09/2027

PARÂMETROS		ESCALA DE ALERTA PRECOCE - NEWS						
		3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória (rpm)	≤ 8			09 - 11	12 - 20		21 - 24	≥ 25
Saturação de Oxigênio	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96				
Oxigenio Suplementar		Sim		Não				
Temperatura		≤ 35.0		35.1-37.7	≥ 37.8			
Pressão Arterial Sistólica	≤ 70	71 - 100	101 - 110	111 - 150	151 - 170	171 - 190	≥ 200	
Frequência Cardíaca (bpm)	≤ 40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥ 131	
Estado de Consciência				(A)				(V) (D) (S)



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 5/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA			
ESCALA DE ALERTA PRECOCE - NEWS			
PONTUAÇÃO NEWS	RISCO CLÍNICO	FREQUÊNCIA MONITORIZAÇÃO	RESPOSTA CLÍNICA
0	Baixo	Manter a cada 6h (1 vez ao turno)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais e avaliação do paciente;</li><li>- Continuar com monitorização de NEWS de 1 vez ao turno;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação.</li></ul>
Total de 1 - 4	Baixo	Mínimo a cada 4 - 6h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais, avaliação do paciente e comunica o enfermeiro;</li><li>- O enfermeiro deve decidir se o aumento da frequência de monitoramento e/ou intensificação do cuidado é necessário;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
3 em um único parâmetro	Médio	Aumentar a frequência para o mínimo de 1h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais, avaliação do paciente e comunica imediatamente o enfermeiro;</li><li>- O enfermeiro deve informar a equipe médica que está cuidando do paciente, que revisará e decidirá se a intensificação dos cuidados é necessária;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
Total de 5 - 6 Limite de resposta urgente	Médio	Aumentar a frequência para o mínimo de 1h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve informar imediatamente o enfermeiro;</li><li>- Enfermeiro responsável deve informar imediatamente a equipe médica responsável pelo paciente;</li><li>- Se médico indisponível, chamar Unidade de referência do setor (CTI/UPO/EMER);</li><li>- Providenciar cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento.</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
Total de 7 ou mais Limite de resposta emergência	Alto	Monitorização continua dos sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve informar imediatamente o enfermeiro;</li><li>- Enfermeiro responsável deve informar imediatamente a equipe médica responsável pelo paciente;</li><li>- Se médico indisponível, chamar Unidade de referência do setor (CTI/UPO/EMER);</li><li>- Avaliação urgente por uma equipe médica com competência de cuidados intensivos que possua habilidade em abordagem à via área avançada;</li><li>- Considerar transferência para uma unidade de cuidados intensivos;</li><li>- Providenciar cuidado clínico em um ambiente com instalações de monitoramento.</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>

Quanto maior a pontuação atingida nos parâmetros fisiológicos, maior será a pontuação alcançada no Escore. De acordo com a pontuação encontrada, duas ações são disparadas:

1. Definição da frequência dos controles dos sinais vitais adequada e o grau crítico do caso;
2. Comunicação aos profissionais envolvidos no atendimento do paciente para avaliação e definição de conduta.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 6/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### **Atenção:**

É importante reforçar que para pacientes com condições basais já fora dos parâmetros de normalidade, deve-se avaliar a piora desses parâmetros para seguir o fluxo de atendimento de acordo com o escore. Se não houver piora deve-se registrar em prontuário quadro compatível com o basal do paciente e seguir a reavaliação de acordo com o resultado do escore.

Por exemplo:

- Pacientes com faixa normal de saturação abaixo do limite inferior (<=91%), compatíveis com o quadro clínico.
- Pacientes com alterações neurológicas irreversíveis e que mantém o basal durante avaliação devem ser classificados como neurológico basal com pontuação zero.

**Para cada reavaliação, um novo plano de ação pode ser traçado.**

A comunicação entre os membros da equipe é fundamental na otimização do atendimento com a implantação de protocolo News com base em escores.

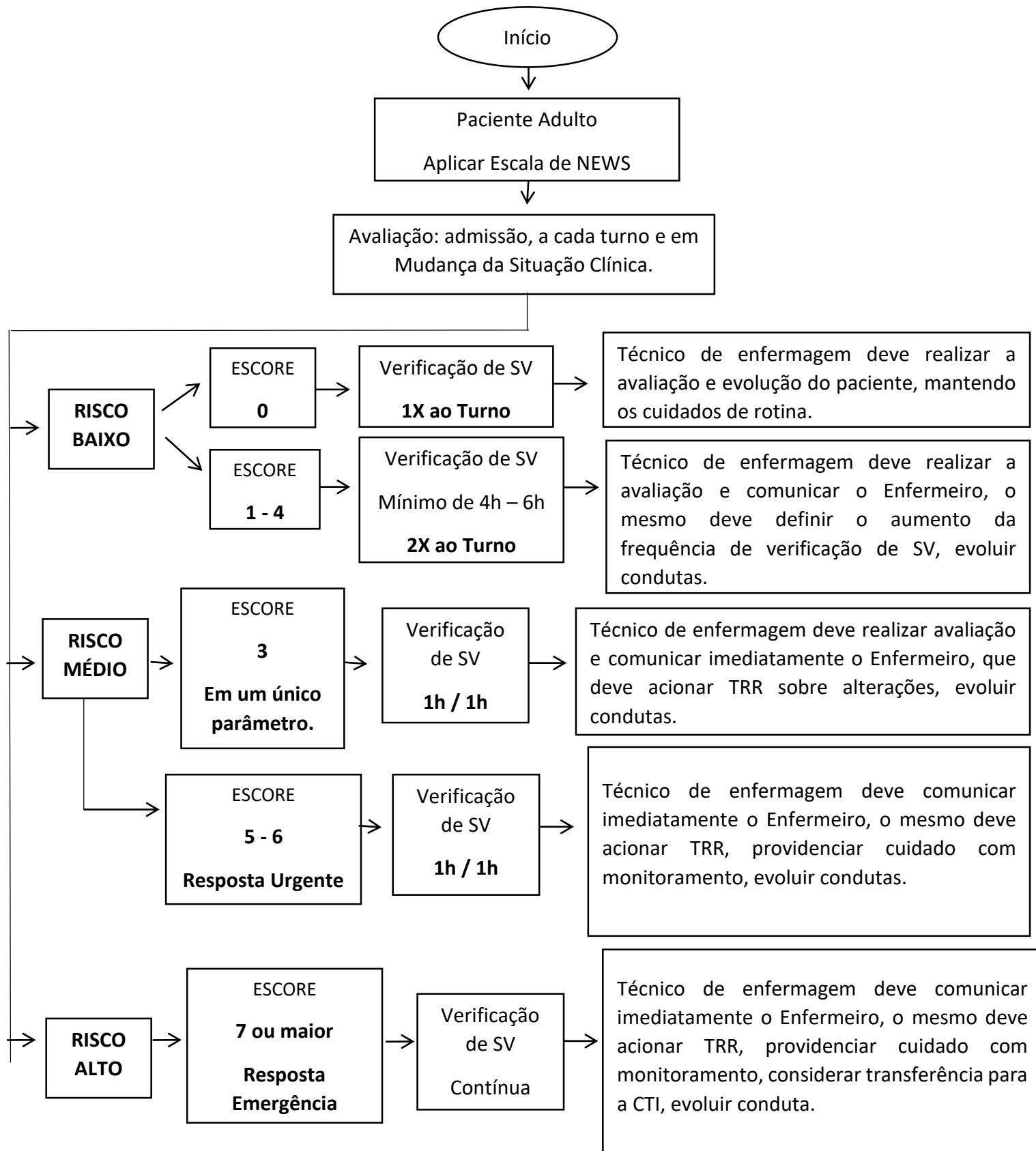
Observação: Pacientes em uso de oxigenoterapia contínua devem ser avaliados no parâmetro uso suplementar de O2 quando os dispositivos forem máscara ou cateter nasal. Outros dispositivos não devem ser considerados como suplementação (ventilação mecânica).

A percepção da equipe deve sempre ser considerada quando o profissional julgar necessário aumentar o nível de cuidados ou acionar equipe médica. A partir do resultado, a equipe é alertada sobre qual deve ser a interpretação e intervenção para atendimento do paciente.

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 7/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>		Emissão: 09/09/2025 Versão: 01

### Fluxograma Escala de Alerta Precoce NEWS:





## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 8/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### 5.1.1 APLICAÇÃO DA “NEWS” NA SRPA DO CENTRO CIRÚRGICO 2

A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é um ambiente crítico de vigilância contínua e suporte transitório, onde os pacientes são monitorados após procedimentos anestésico-cirúrgicos até atingirem critérios mínimos de alta para unidade de internação, centro cirúrgico ou ambulatório. Durante esse período, complicações podem surgir de forma súbita e silenciosa, exigindo identificação precoce e resposta rápida por parte da equipe multiprofissional.

A deterioração clínica na SRPA pode incluir alterações hemodinâmicas, respiratórias, neurológicas ou metabólicas, muitas vezes relacionadas à anestesia, à dor mal controlada, ao sangramento oculto ou a efeitos adversos de medicações. A demora na intervenção pode levar a instabilidade grave, transferência não planejada para UTI e até morte evitável.

Protocolos institucionais que padronizam a identificação de sinais de alerta e o acionamento imediato do anestesiologista de plantão são fundamentais para mitigar riscos, reduzir variabilidade de condutas e reforçar a cultura de segurança do paciente. A implementação de critérios objetivos de monitoramento e comunicação estruturada entre enfermagem, anestesia e equipe cirúrgica permite uma resposta mais eficaz e coordenada.

#### Entre os objetivos do uso da escala na SRPA, estão:

- Estabelecer critérios objetivos para reconhecimento precoce de deterioração clínica na SRPA.
- Padronizar o acionamento do anestesiologista para avaliação imediata do paciente.
- Reduzir complicações pós-operatórias graves por meio de intervenção precoce e coordenada.
- Garantir a segurança do paciente no período pós-anestésico imediato.

#### A escala deverá ser aplicada:

- Para todos os pacientes em recuperação anestésica na SRPA do CC2.
- Qualquer paciente com sinais de deterioração clínica após procedimentos anestésicos, independentemente do tipo de anestesia.

#### Reconhecimento de Deterioração Clínica na SRPA:

A equipe de enfermagem deve monitorar continuamente e acionar diante de pelo menos um dos seguintes sinais: (A equipe de enfermagem deve aferir Sinais Vitais do paciente conforme rotina de pós-operatório na SRPA, monitorar e acionar diante ESCORE após avaliação:



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 9/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

Alterações Respiratórias e Hemodinâmicas:	Alterações neurológicas:	Outros sinais relevantes:
SatO <sub>2</sub> < 92% com O <sub>2</sub> suplementar, PERSISTENTE, mesmo após a revisão da oximetria e aquecimento das extremidades.	Redução do nível de consciência (RASS ≤ -3)	Dor intensa não controlada
PA sistólica < 90 mmHg ou queda > 40% da PA basal, PERSISTENTE, mesmo após revisão do manguito no braço do paciente.	Confusão aguda, agitação refratária	Náuseas e vômitos incoercíveis
FC < 50 bpm ou > 130 bpm, PERSISTENTE, mesmo após revisão dos cabos de ECG do monitor e posicionamento dos eletrodos.	Convulsões	Hemorragia ativa
Palidez, sudorese fria, enchimento capilar lento.		Hipotermia (<35°C) ou febre (>38,5°C)
		Glicemia < 70 mg/dL ou > 250 mg/DL

Recomendamos a utilização, pela equipe da enfermagem, de uma ferramenta objetiva tipo checklist (escore EWSS-Early Warning Scoring System) para definir a necessidade de acionamento do anestesiologista ou médico de plantão da CTI ou Time de Resposta Rápida (TRR):



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO						PROT.ENF.002 - Página 10/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA						Emissão: 09/09/2025	Próxima Revisão: 09/09/2027

	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA ESCALA DE ALERTA PRECOCE - NEWS						
	3	2	1	0	1	2	3
FR	≤ 8	09 - 11		12 - 20	21 - 24	≥ 25	
Sat O2	≤ 91	92 - 93	94 - 95	≥ 96			
O2 suplementar	Sim			Não			
Tax	≤ 35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥ 39.1	
PAS	≤ 90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥ 220
FC	≤ 40	41 - 50		91 - 110	111 - 130	≥ 131	
Consciência				(A)			(V) (D) (S)
Legenda : (A) Alerta (V) Estímulo Verbal (D) Dor (S) Sem Resposta							
*Escala Adaptada Conforme Patologia							

Escore total = \_\_\_\_\_

**Interpretação do escore total:**

- **0 – 4 pontos:** Monitoramento de rotina de Verificação dos Sinais Vitais, conforme POP.ENF.CC2.031 Verificação dos Sinais Vitais CC2;
- **5 – 6 pontos:** Avaliação clínica urgente. Acionar médico plantonista CTI;
- **≥ 7 pontos:** Emergência clínica. Acionar Time de Resposta Rápida (TRR) / CTI imediatamente.

### B) Acionamento do Time de Resposta Rápida (TRR)

- Deve ocorrer de forma imediata e direta por telefone, sem intermediários, pelos ramais:
  - **URGÊNCIA: CTI pelo ramal 3628/ 3892**
- Utilizar comunicação estruturada do tipo **SBAR** (Situação, Background, Avaliação, Recomendação).
- O profissional deve comparecer à SRPA **em até 10 minutos** após o chamado.
- O caso deve ser reavaliado com foco em causas anestésicas, medicamentosas ou cirúrgicas.
- Documentar todas as condutas e decisões no prontuário eletrônico.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 11/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

- O SCORE e condutas devem ser registradas em evolução do enfermeiro no prontuário eletrônico e no controle de Sinais Vitais pelo técnico de enfermagem.

### C) Decisões subsequentes

- Alta para enfermaria, permanência em SRPA prolongada ou transferência para CTI devem ser definidas em conjunto com a equipe assistente.
- Médico do TRR após avaliação do paciente, comunicar cirurgião responsável e equipe clínica, quando indicado.

### D) Responsabilidades das Equipes

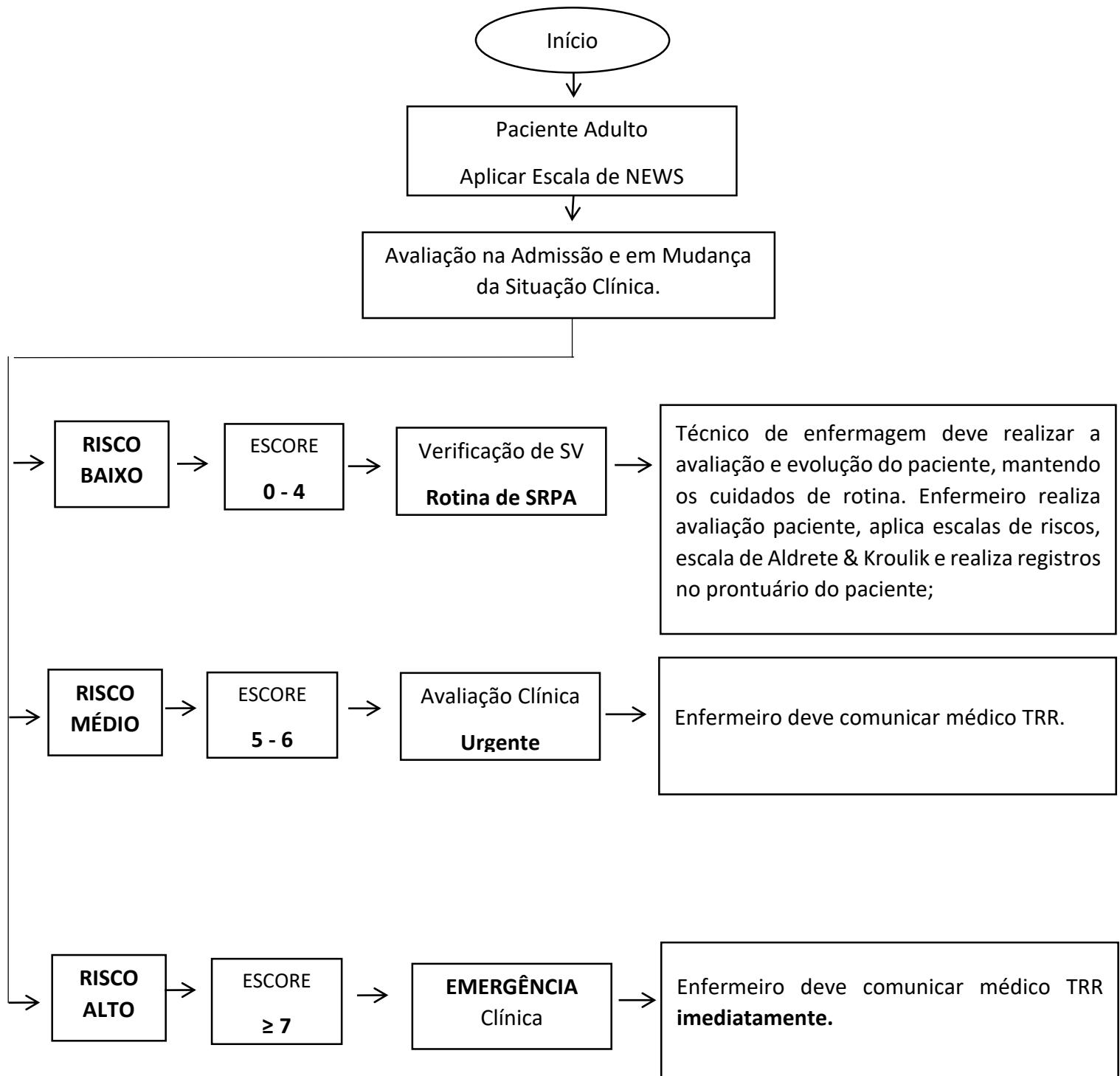
- **Enfermagem da SRPA:** Monitorar continuamente sinais vitais, identificar sinais de alerta, acionar anestesista conforme critérios e registrar ações no prontuário.
- **Médico TRR:** Responder prontamente ao chamado, avaliar o paciente, conduzir o manejo inicial e coordenar desfechos assistenciais.
- **Cirurgião:** Ser comunicado de alterações relevantes e participar da decisão sobre internação, alta ou reabordagem.
- **Equipe clínica:** Ser acionada quando necessário para coavaliação ou ajuste de terapias não anestésicas.
- **Coordenação de enfermagem:** Garantir treinamento da equipe e revisão periódica da aplicação do protocolo.



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 12/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### Fluxograma Escala de Deterioração Clínica na SRPA CC2 - NEWS:





## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 13/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### 5.2 Escala de “PEWS”

Escala deverá ser aplicada na admissão do paciente e sempre que houver alteração na situação clínica do mesmo. Em crianças de 0 a 17 anos de idade, são avaliados comportamento, sistemas cardiovascular e respiratório. A percepção da equipe deve sempre ser considerada quando o profissional julgar necessário aumentar o nível de cuidado ou acionar a equipe médica.

No momento da internação do paciente utiliza-se a ficha de dados clínicos com parâmetros aceitáveis conforme a patologia do mesmo, assim facilitando o processo de avaliação da equipe de enfermagem no momento da avaliação.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITARIA DE CARDIOLOGIA		ESCALA DE ALERTA PRECOCE - PEWS							
		PARÂMETROS	IDADE	3	2	1	0	1	2
Frequência Cardíaca (bpm)	< 3 meses	≤ 89	-	-	-	90 - 160	161 - 179	180 - 219	≥ 220
	3 meses a 1 ano	≤ 89	-	-	-	90 - 150	151 - 169	170 - 209	≥ 210
	1 - 4 anos	≤ 89	-	-	-	90 - 140	141 - 159	160 - 199	≥ 200
	5 - 11 anos	≤ 89	-	-	-	90 - 130	131 - 149	150 - 189	≥ 190
	12 - 17 anos	≤ 69	-	-	-	70 - 100	101 - 129	130 - 169	≥ 170
Frequência Respiratória (rpm)	< 3 meses	≤ 25	-	-	-	26 - 60	61 - 78	≥ 79	-
	3 meses a 1 ano	≤ 20	-	-	-	21 - 50	51 - 68	≥ 69	-
	1 - 4 anos	≤ 15	-	16 - 19	20 - 40	41 - 58	≥ 59	-	-
	5 - 11 anos	≤ 15	-	16 - 19	20 - 30	31 - 48	≥ 49	-	-
	12 - 17 anos	≤ 5	-	6 - 9	10 - 20	21 - 38	≥ 39	-	-
Comportamento / Resposta ao Estímulo	-	-	-	-	Normal/ Brincando	Sonolento	Irritado	Confuso Letárgico Resposta reduzida a dor	
Pós - Cirúrgico (vômitos)	-	-	Vômitos persistentes	-	Vômitos mínimos	-	Vômitos persistentes	-	-
Uso de nebulizador/ Espaçador	-	-	A cada 15 minutos	-	Frequência maior que cada 15min ou contínua	-	A cada 15 minutos	-	-

\*Escala Adaptada Conforme Patologia



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 14/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

 <u>INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA</u>			
ESCALA DE ALERTA PRECOCE - PEWS			
PONTUAÇÃO NEWS	RISCO CLÍNICO	FREQUÊNCIA MONITORIZAÇÃO	RESPOSTA CLÍNICA
0	Baixo	Manter a cada 6h (1 vez ao turno)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais e avaliação do paciente;</li><li>- Continuar com monitorização de PEWS de 1 vez ao turno;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
1 - 2	Média	Reavaliar em 3h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve realizar avaliação novamente após 3h ;</li><li>- Comunicar imediatamente enfermeiro quanto a avaliação do paciente;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Persistindo em 1 ou 2 pontos solicitar avaliação médica (atendimento em até 60min);</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
3 - 4 ≥ 5	Alta	Aumentar a frequência para o mínimo de 1h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais, avaliação do paciente e comunica imediatamente o enfermeiro;</li><li>- Enfermeiro deve solicitar a avaliação médica (atendimento em até 30min)</li><li>- Após nova reavaliação, persistindo em 3 , 4 e ou ≥ 5 considerar transferência para a UTI- PED se necessidade de monitorização contínua;</li><li>- Se permanecer na unidade de internação manter reavaliações a cada hora;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>



## **PROTOCOLO ASSISTENCIAL**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 15/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	Emissão: 09/09/2025  Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027



Ficha de Avaliação do Paciente - Unidade 2A Pediatria

Nome Completo :

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

## etiqueta

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

## **Valores de Sinais Vitais Aceitáveis para a Patologia**

MIN.

MÁX.

MIN.

MÁX.

FC: \_\_\_\_\_

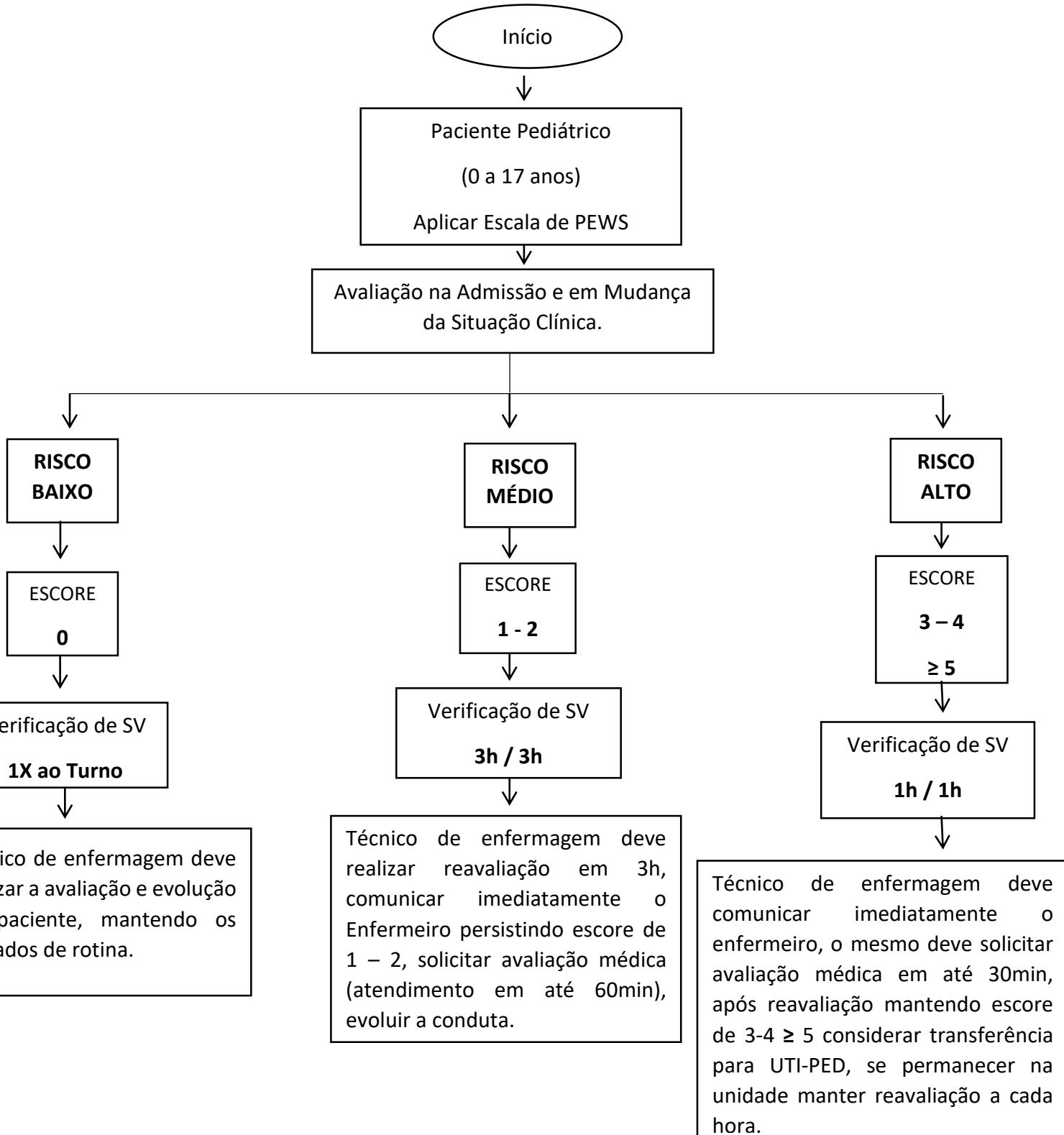
FR:

SAT.:

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 16/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>		Emissão: 09/09/2025 Versão: 01

### Fluxograma Escala de Alerta Precoce PEWS:





## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 17/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

### 5.3 Escala de “MEOWS”

Escala deverá ser aplicada na admissão de mulheres gestantes e/ou puérperas até 6 semanas após o parto. Após aplicar a cada turno e sempre que houver alteração na situação clínica. Os itens avaliados são frequência respiratória, temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial sistólica, diastólica e lóquios.

PARÂMETROS	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA						
	ESCALA DE ALERTA PRECOCE - MEOWS						
Frequência Respiratória (rpm)	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Cardíaca (bpm)		≤ 8		9 – 14	15 – 20	21 – 29	≥ 30
Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	≤ 70	71 – 79	81 – 89	90 – 139	140 – 149	150 – 159	≥ 160
Pressão Arterial Diastólica (mmHg)			≤ 45	46 – 89	90 – 99	100 – 109	≥ 110
Temperatura				35 – 37.4		37.5 – 39	> 39
Saturação de Oxigênio	≤ 91	92 – 93	94 – 95	≥ 96			
Estado de Consciênciā				( A )	( V )	( D )	( S )

Legenda : (A) Alerta    (V) Estímulo Verbal    (D) Dor    (S) Sem Resposta

Não esquecer de avaliar	Vias aereas / Respiração / Circulação / Inclinar paciente para lateral esquerda se grávida / Aumentar a frequência das observações / <b>Monitorização fetal.</b> Perdas de líquidos e/ou sangramentos.
-------------------------	---



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 18/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

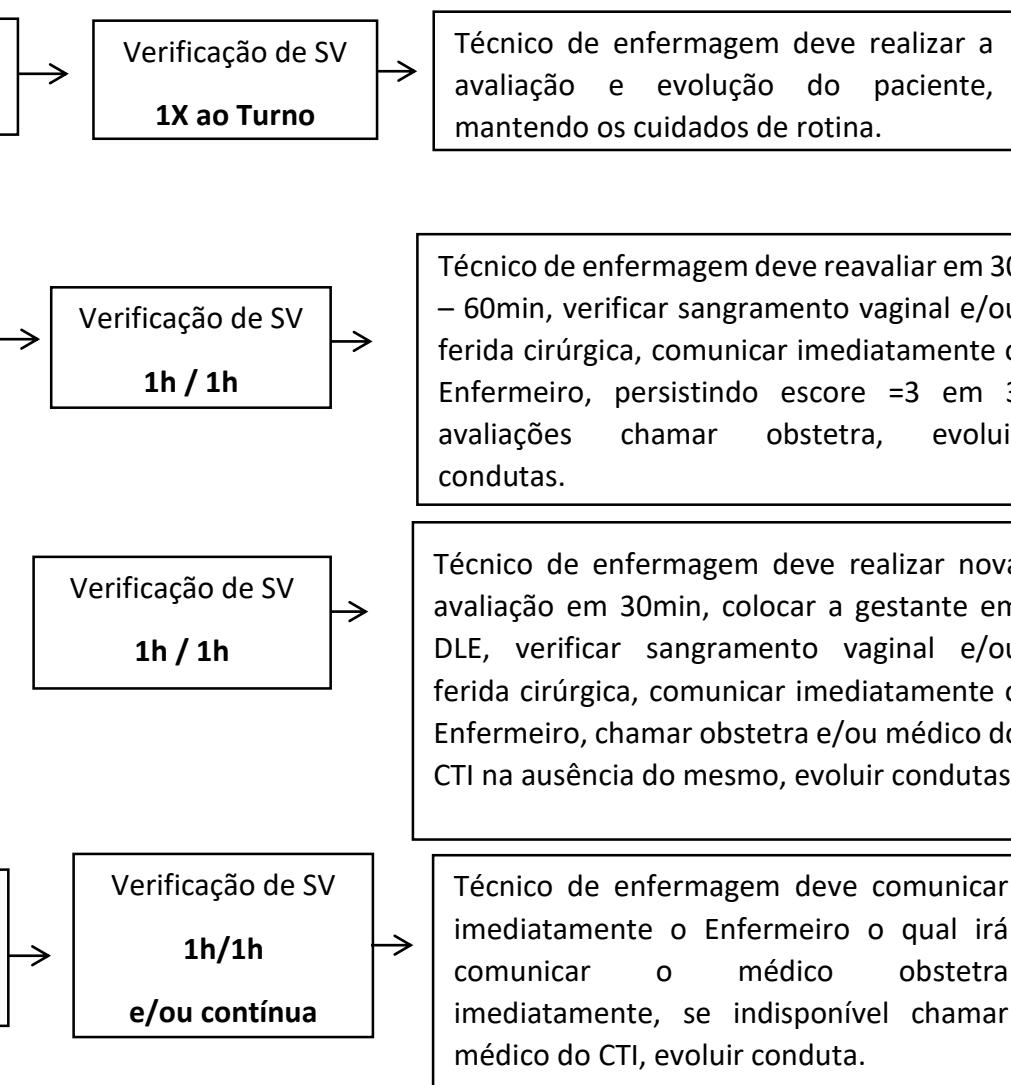
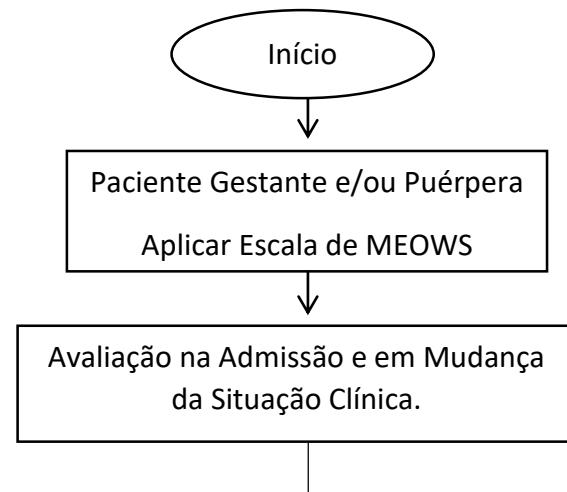
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA			
ESCALA DE ALERTA PRECOCE - MEOWS			
PONTUAÇÃO NEWS	RISCO CLÍNICO	FREQUÊNCIA MONITORIZAÇÃO	RESPOSTA CLÍNICA
0 – 2	Baixo	Manter a cada 6h (1 vez ao turno)	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais e avaliação do paciente;</li><li>- Continuar com monitorização de MEOWS 1 vez ao turno;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação.</li></ul>
3	Médio	1h/1h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve realizar avaliação em 30 - 60min;</li><li>- Verificar sangramento vaginal, e/ou de ferida cirúrgica;</li><li>- Comunicar imediatamente o enfermeiro sobre avaliação do paciente;</li><li>- Persistindo MEOWS = 3 em 3 avaliações sucessivas chamar o médico obstetra;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
4 – 5	Médio	1h/1h	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve reavaliar o paciente;</li><li>- Comunicar imediatamente o enfermeiro quanto a avaliação do paciente;</li><li>- Avaliação do médico obstetra em até 30 min;</li><li>- Quando gestante colocar em DLE, e verificar sangramento vaginal, e/ou de ferida cirúrgica;</li><li>- Se médico indisponível, chamar CTI;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>
≥ 6	Alto	1h/1h Indicação de monitorização contínua	<ul style="list-style-type: none"><li>- Técnico de enfermagem deve reavaliar o paciente;</li><li>- Comunicar imediatamente o enfermeiro quanto a avaliação do paciente;</li><li>- Enfermeiro deve chamar o médico obstétrico;</li><li>- Se médico indisponível, chamar CTI;</li><li>- Encaminhar a paciente para Unidade de Tratamento Intensivo;</li><li>- Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação;</li><li>- Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.</li></ul>

Para a paciente gestante, é importante atentar-se para os sintomas de pré-eclâmpsia: dor de cabeça, escotomas visuais, dor abdominal.

## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 19/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>		Emissão: 09/09/2025 Versão: 01

### Fluxograma Escala de Alerta Precoce MEOWS:





## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 20/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

## 6. RESULTADOS ESPERADOS E INDICADORES

### 6.1 Escala NEWS, PEWS e MEOS

O mecanismo de monitoramento será feito através do número de **Paradas Cardiorrespiratórias em Unidades** da instituição.

O indicador será um dos dados enviados mensalmente no **Relatório de Indicadores de Qualidade e Desfecho** pelo NSP.

## 7. REFERÊNCIAS

AI-MOTERI, M.; PLUMMER, V.; COOPER, S. et al. Clinical deterioration of ward patients in the presence of antecedents: A systematic review and narrative synthesis. Australian Critical Care. v.32, n.5, p.411-420; Sep. 2019.

Capan, M., Ivy, J. S., Rohleider, T., Hickman, J., & Huddleston, J. M. (2015). Individualizing and optimizing the use of early warning scores in acute medical care for deteriorating hospitalized patients. Resuscitation, 93, 107–112. doi:10.1016/j.resuscitation.2014.12.032.

KYRIACOS, Una et al. Monitoring vital signs: development of a Modified Early Warning Scoring (Mews) system for general wards in a developing country. PLoS ONE, San Francisco, v. 9, n. 1, e87073, Jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087073>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087073>. Acesso em: 6 agosto 2022.

LEWIS G. The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2003-2005. The Seventh Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007.

MIRANDA, Juliana de Oliveira Freitas et al. Tradução e adaptação de um escore pediátrico de alerta precoce. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 69, n. 5, p.888-896, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=pt&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=pt&tlang=pt)>. Acesso em: 16 ago. 2022.

OLIVEIRA APA, URBANETTO JS, CAREGNATO RCA. National Early Warning Score 2: adaptação transcultural para o português do Brasil. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41:e20190424. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190424> (NEWS).

RIBEIRO, S.P. Aplicação da nota de transferência e do Paediatric Early Warnig Score (PEWS) Em um serviço de emergência pediátrica (2019).

<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/216304/001119332.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



## PROTOCOLO ASSISTENCIAL

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 21/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027

WILKINSON H; Trustees and Medical Advisers. Saving mothers' lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. BJOG. 2011; 118 (11): 1402-3.

Rede Mater Dei de Saúde - Diretrizes Assistenciais dos Protocolos Gerenciados, disponível em [https://www.materdei.com.br/uploadfile/Diretrizes%20Assistenciais/protocolos\\_clinicos\\_.pdf](https://www.materdei.com.br/uploadfile/Diretrizes%20Assistenciais/protocolos_clinicos_.pdf), acesso em 01 agosto / 2022.

WEENK, Mariska et al. A smart all-in-one device to measure vital signs in admitted patients. PLoS ONE, San Francisco, v. 13, n. 2, p. e0190138, 2018. DOI 10.1371/journal.pone.0190138. Disponível em: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29432461/#:~:text=The%20Checkme%2C%20a%20smart%20all,Electronic%20Health%20Record%20\(EHR\).](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29432461/#:~:text=The%20Checkme%2C%20a%20smart%20all,Electronic%20Health%20Record%20(EHR).) Acesso em: 25 jul. 2022.

Sociedade Brasileira de Anestesiologia. *Manual de Recuperação Pós-Anestésica*. SBA, 2023.

NICE UK. *Guidelines on recognition of and response to acute deterioration in adults in hospital*. 2020.

### 8. ELABORAÇÃO / REVISÃO / APROVAÇÃO / CONTROLE DE ALTERAÇÃO

Elaborador	Revisor	Aprovador
<b>Data: 08/09/2025</b>  <b>Cristiane Prestes</b> Enfermeira Coordenadora	<b>Data: 09/09/2025</b>  <b>Angélica Bellinaso</b> Gerente de Enfermagem	<b>Data: 10/09/2025</b>  <b>Luciano Ceolin Rosa</b> Diretor Técnico <b>Renata da Costa Brião</b> Superintendente Assistencial
<b>Cristina Klein Weber</b> Enfermeira Coordenadora	<b>Michèle Borges</b> Coordenadora de Qualidade	
<b>Clarissa Keller</b> Enfermeira Coordenadora		
<b>Versão</b> 1	<b>Alteração</b> Elaboração do protocolo	<b>Data:</b> 10/09/2025