 <b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 1/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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;

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 2/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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.

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 3/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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	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 contínua 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.

 <b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 6/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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 ( $\leq 91\%$ ), compatíveis com o quadro clínico.
- Pacientes com alterações neurológicas irreversíveis e que mantêm o basal durante avaliação devem ser classificados como neurológico basal com pontuação zero.

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

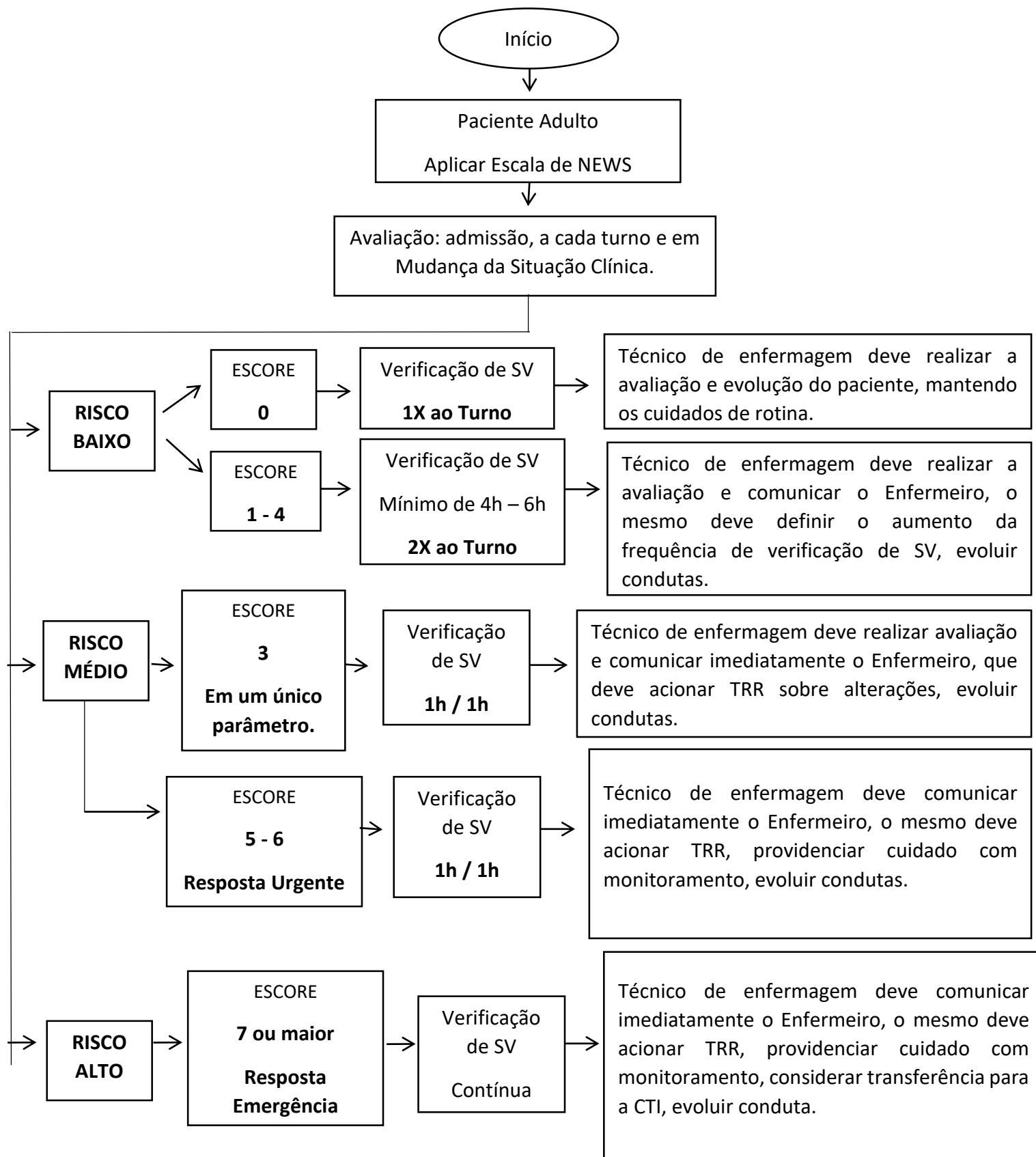
A comunicação entre os membros da equipe é fundamental na otimização do atendimento com a implantação de protocolo News com base em escores.


Observação: Pacientes em uso de oxigenoterapia contínua devem ser avaliados no parâmetro uso suplementar de O<sub>2</sub> 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.

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	Próxima Revisão: 09/09/2027

**Fluxograma Escala de Alerta Precoce NEWS:**



 <b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 8/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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 anestesiológico 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 anestesiológico 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:




Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 9/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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 anestesiológico ou médico de plantão da CTI ou Time de Resposta Rápida (TRR):

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 10/24	
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						
	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) Estimulo Verbal (D) Dor (S) Sem Resposta							
*Escala Adaptada Conforme Patologia							

Score total = \_\_\_\_\_

**Interpretação do score 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.

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.

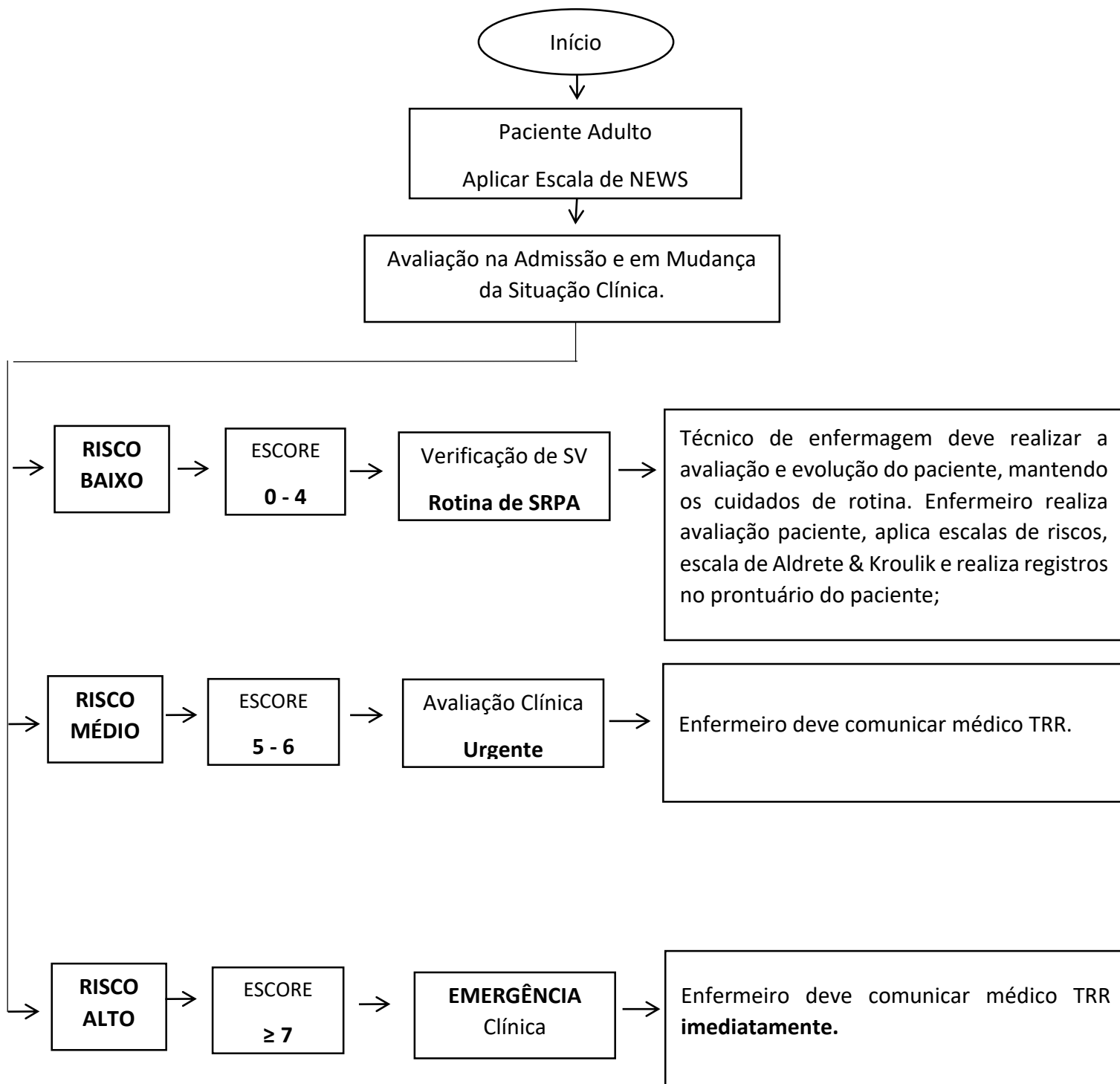
#### C) Decisões subsequentes

- Alta para enfermagem, 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.

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

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


Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 13/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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 UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA								
ESCALA DE ALERTA PRECOZE - PEWS								
PARÂMETROS	IDADE	3	2	1	0	1	2	3
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

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA

### 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 score 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 score 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 ASISTENCIAL

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: \_\_\_\_\_

PA Sistólica: \_\_\_\_\_

FR: \_\_\_\_\_

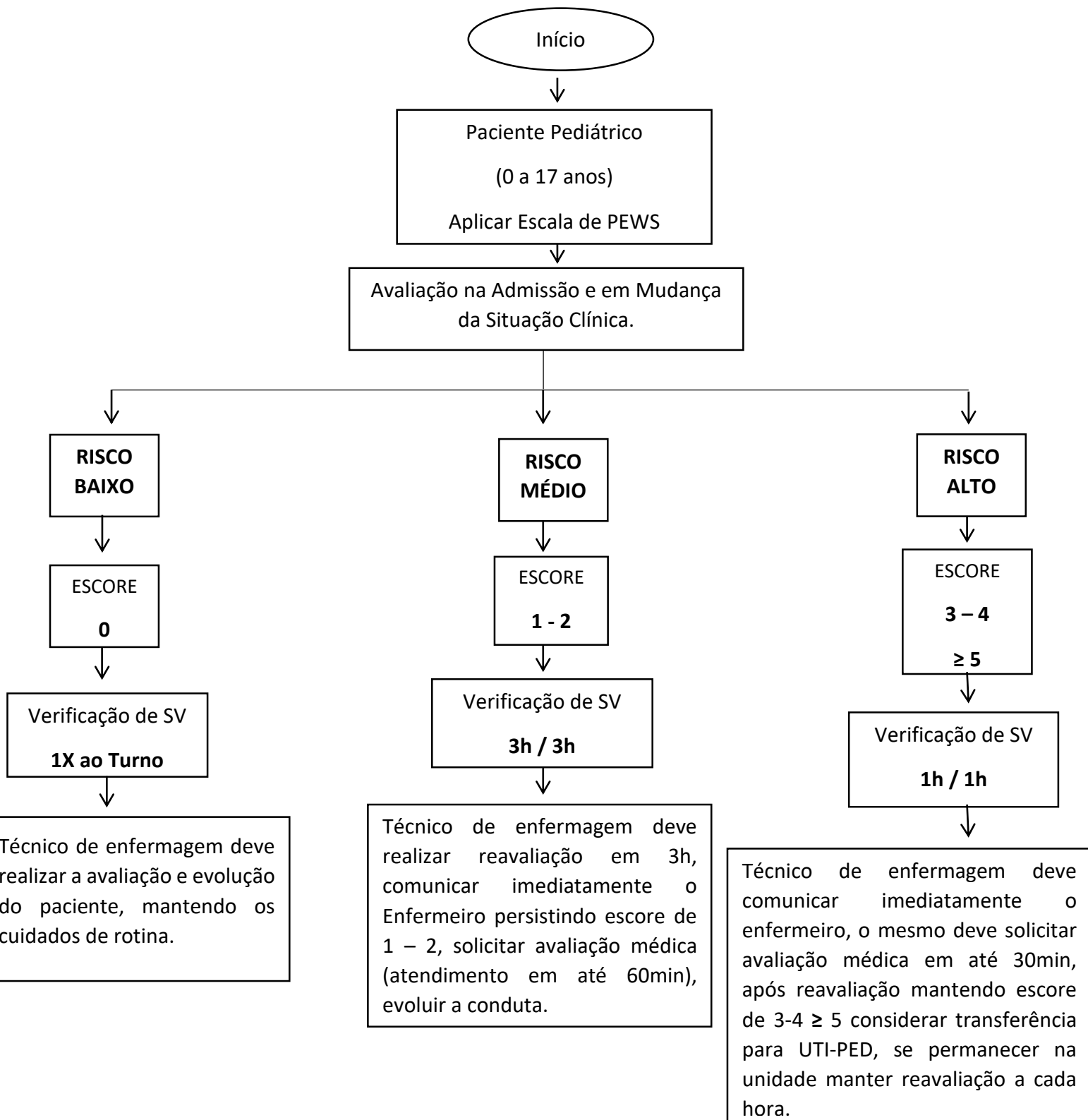
PA Diástólica: \_\_\_\_\_

SAT.:

[illegible]

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	Próxima Revisão: 09/09/2027

**Fluxograma Escala de Alerta Precoce PEWS:**






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.

 <p>Instituto de cardiologia FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA</p>	INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA						
	ESCALA DE ALERTA PRECOCE - MEOWS						
PARÂMETROS	3	2	1	0	1	2	3
Frequência Respiratória (rpm)		≤ 8		9 - 14	15 - 20	21 - 29	≥ 30
Frequência Cardíaca (bpm)		≤ 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	≥ 130
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 Consciência				( A )	( V )	( D )	( S )
Legenda : (A) Alerta (V) Estimulo 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

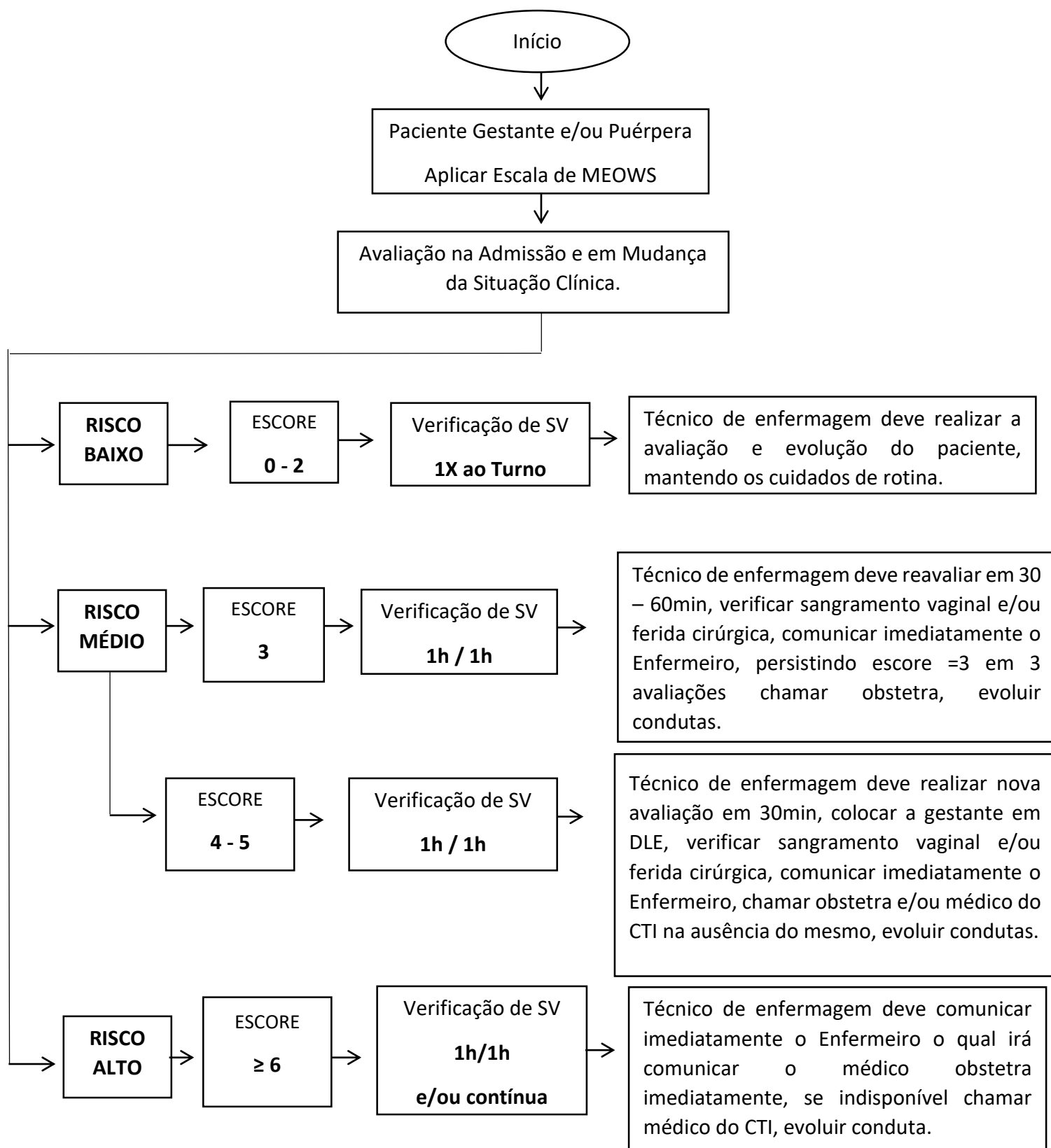
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PROT.ENF.002 - Página 18/24	
Título do Documento	DETERIORAÇÃO CLÍNICA	Emissão: 09/09/2025 Versão: 01	Próxima Revisão: 09/09/2027


 INSTITUTO DE CARDIOLOGIA / FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA <b>ESCALA DE ALERTA PRECOCE - MEOWS</b>			
PONTUAÇÃO NEWS	RISCO CLÍNICO	FREQUÊNCIA MONITORIZAÇÃO	RESPOSTA CLÍNICA
0 – 2	Baixo	Manter a cada 6h (1 vez ao turno)	– Técnico de enfermagem realiza a verificação de sinais vitais e avaliação do paciente; – Continuar com monitorização de MEOWS 1 vez ao turno; – Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação.
3	Médio	1h/1h	– Técnico de enfermagem deve realizar avaliação em 30 - 60min; – Verificar sangramento vaginal, e/ou de ferida cirúrgica; – Comunicar imediatamente o enfermeiro sobre avaliação do paciente; – Persistindo MEOWS = 3 em 3 avaliações sucessivas chamar o médico obstetra; – Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação; – Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.
4 – 5	Médio	1h/1h	– Técnico de enfermagem deve reavaliar o paciente; – Comunicar imediatamente o enfermeiro quanto a avaliação do paciente; – Avaliação do médico obstetra em até 30 min; – Quando gestante colocar em DLE, e verificar sangramento vaginal, e/ou de ferida cirúrgica; – Se médico indisponível, chamar CTI; – Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação; – Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.
≥ 6	Alto	1h/1h Indicação de monitorização contínua	– Técnico de enfermagem deve reavaliar o paciente; – Comunicar imediatamente o enfermeiro quanto a avaliação do paciente; – Enfermeiro deve chamar o médico obstetra; – Se médico indisponível, chamar CTI; – Encaminhar a paciente para Unidade de Tratamento Intensivo; – Evoluir na folha de sinais vitais escore da avaliação; – Enfermeiro deve evoluir no sistema MV a avaliação do paciente e condutas.

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

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	Próxima Revisão: 09/09/2027

**Fluxograma Escala de Alerta Precoce MEOWS:**



 <b>PROTOCOLO ASSISTENCIAL</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 20/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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

Al-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., Rohleder, 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: 10.1371/journal.pone.0087073](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&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500888&lng=pt&tlng=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>

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PROT.ENF.002 - Página 21/24	
Título do Documento	<b>DETERIORAÇÃO CLÍNICA</b>	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

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