
 <p>UFMG Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais</p>	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	 <p>EBSEH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</p>
Tema: Código Azul Pediátrico - atendimento à parada cardiorrespiratória pediátrica intra-hospitalar		Versão Nº 03
Protocolo Nº 170	1ª Versão: abril de 2018	Atualização: dezembro de 2021

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FLUXOGRAMA DO CÓDIGO AZUL	3
ALGORITMOS RCP PEDIÁTRICA.....	4
ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES	7
DEFINIÇÕES	8
RECOMENDAÇÕES	8
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	10
MONITORAMENTO	10
CONFLITOS DE INTERESSE.....	10
REFERÊNCIAS.....	10
ANEXOS	11
Anexo 1 – Formulário de atendimento ao Código Azul	11
Anexo 2 – Folha de urgências com prescrição de medicamentos usados na RCP.....	12
Anexo 3 – Composição da maleta do código azul.....	13
Anexo 4 – Classificação das recomendações	14
SIGLAS	15
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	15

INTRODUÇÃO

O atendimento rápido à parada cardiorrespiratória (PCR) por uma equipe específica e especializada no suporte avançado de vida, chamada “Time de Resposta Rápida”, pode otimizar a qualidade assistencial e reduzir a morbimortalidade.

O termo “Código Azul” é internacionalmente conhecido para definir a indicação e o acionamento dessa equipe para atendimento à PCR no ambiente hospitalar.

OBJETIVOS

Garantir assistência rápida, padronizada e organizada à PCR pediátrica na nossa instituição, visando aumentar a possibilidade de sucesso das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) e reduzir a morbimortalidade.

Estudar a incidência e o processo de atendimento às paradas cardiorrespiratórias pediátricas na Instituição, visando a melhoria contínua do cuidado.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Estão incluídos neste protocolo todos os pacientes pediátricos, definidos pela faixa etária de 0 a 17 anos e 11 meses e 29 dias, ou por julgamento clínico, com suspeita de PCR, ocorrida no prédio principal do Hospital São Vicente, a saber:

- Andares onde
- há pacientes pediátricos internados: 2º, 6º, 7º, 9º e 10º andares;
- Pronto-socorro pediátrico,
- Hemodiálise,
- Setor de radiologia e diagnóstico por imagem,
- Laboratórios,
- Centro Cirúrgico (quando a equipe de Anestesia julgar necessário).

→ Estão excluídos pacientes da Unidade Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica, que serão atendidos pelas equipes das próprias unidades; e os que não estiverem nas áreas de abrangência citadas acima.

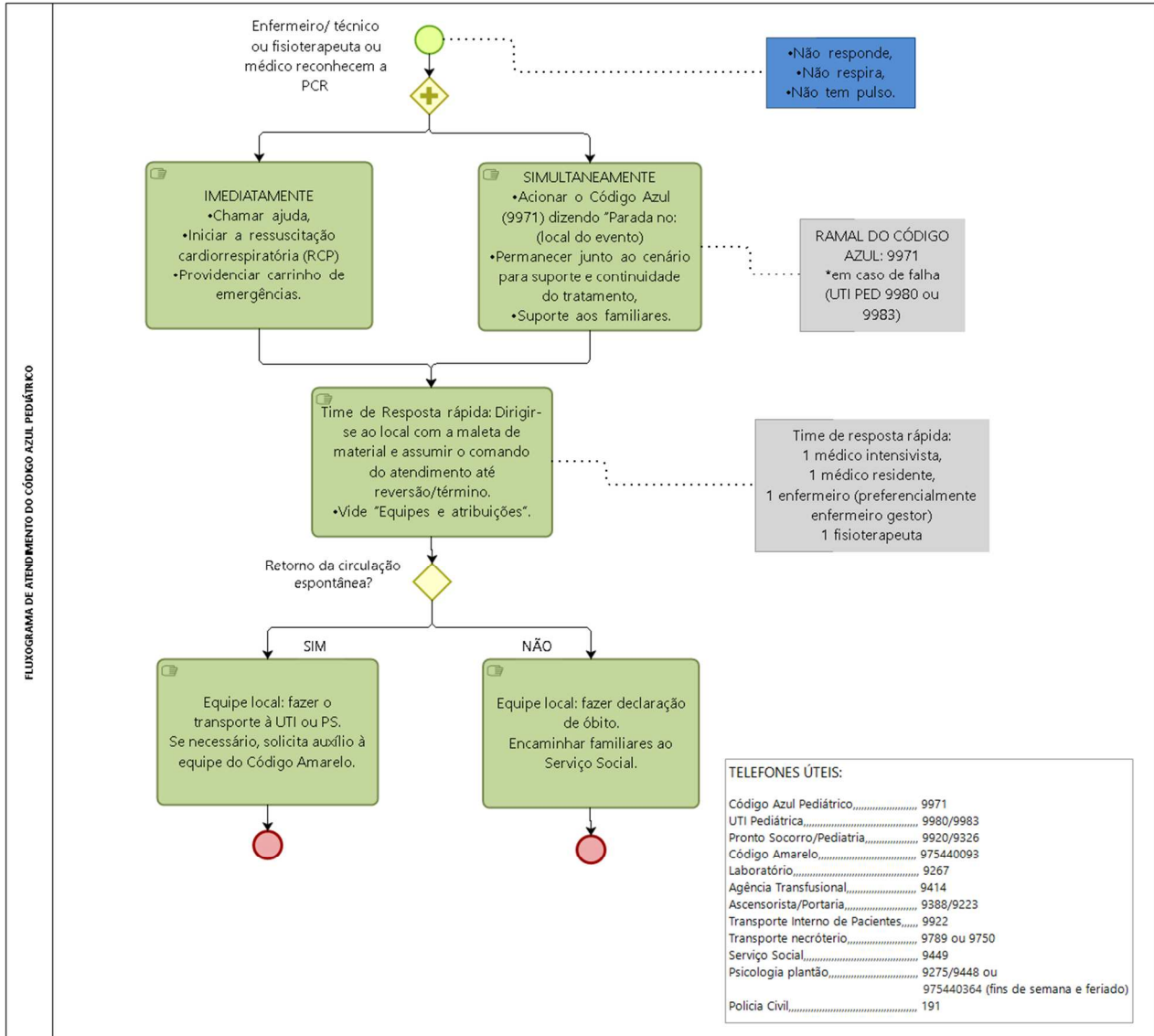
→ O Time de Resposta Rápida composto com o médico da UTI pediátrica, acionado pelo ramal 9971, é responsável pelo atendimento à PCR de 7 às 19 h.

→ O atendimento noturno à PCR (19 às 7 h) deve ser feito pela equipe local de referência, a saber:

- Pronto-socorro: pediatria do pronto-socorro (ramal 9920).
- unidades de internação: plantão de Pediatria da enfermaria (975440093).

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

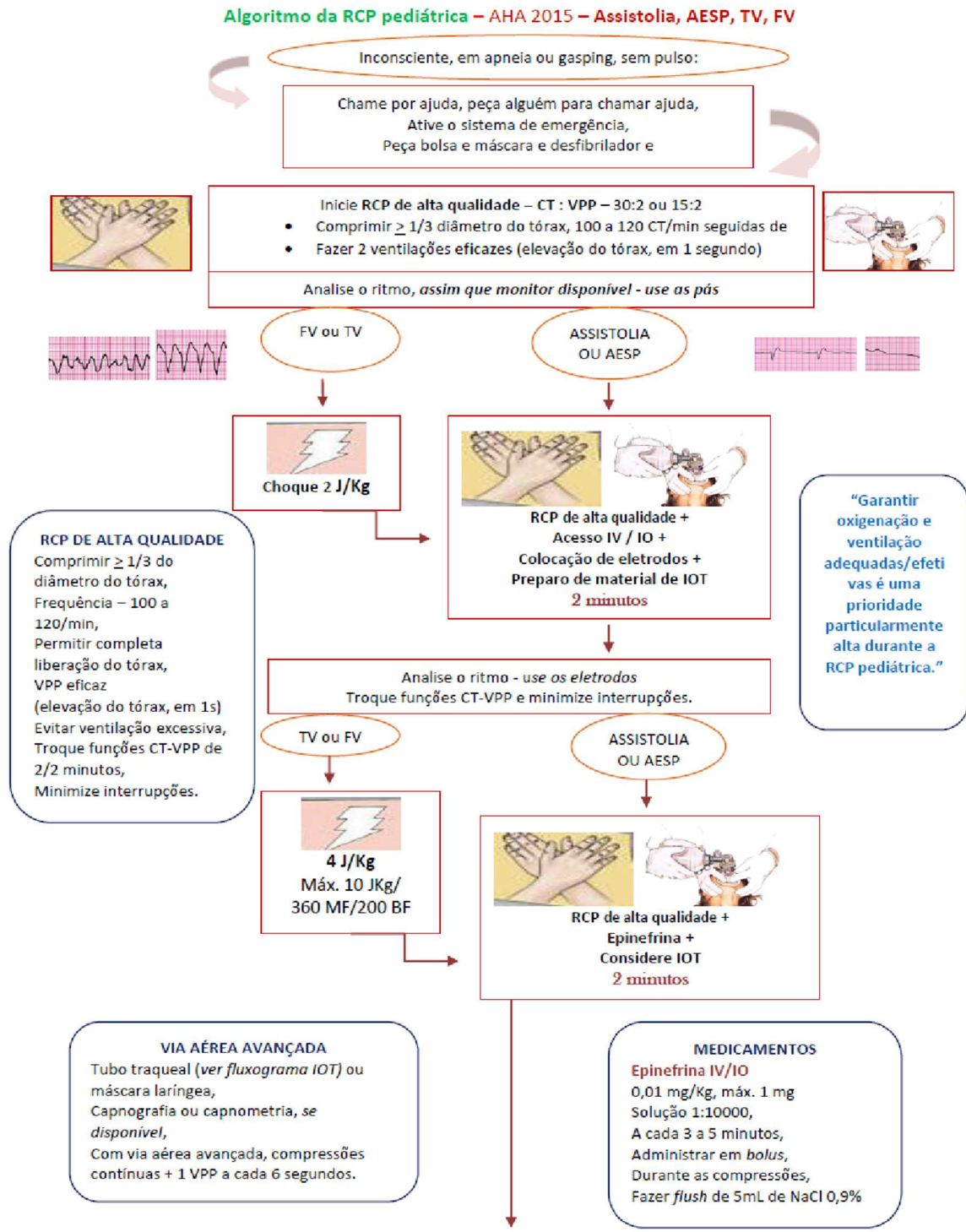
FLUXOGRAMA DO CÓDIGO AZUL

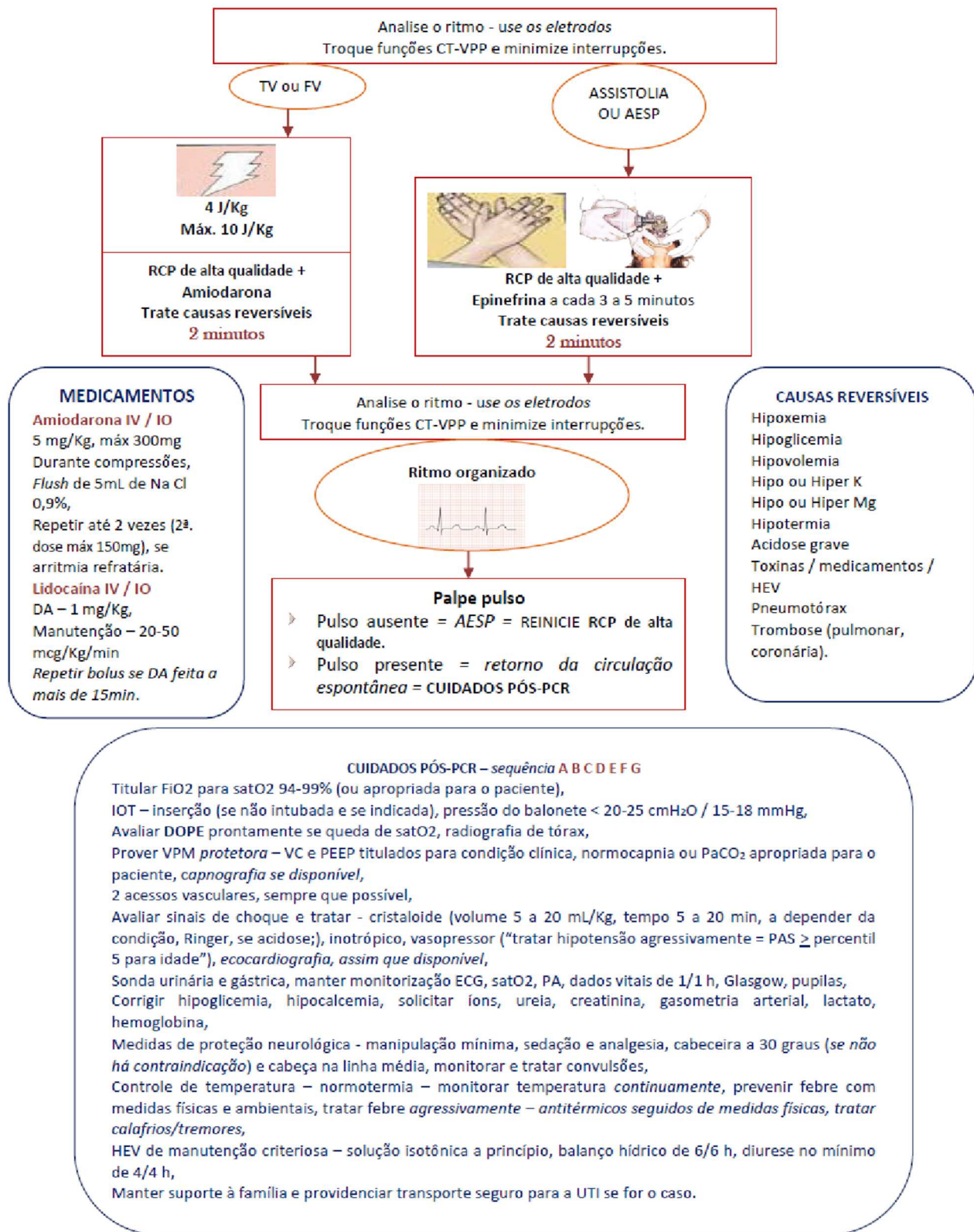


O Time de Resposta Rápida composto com médico da UTI pediátrica, acionado pelo ramal 9971, é responsável pelo atendimento à PCR de 7 às 19h. O atendimento noturno à PCR (19 às 7h) deve ser feito pela equipe local de referência:

- PS: Pediatria do PS (ramal 9920);
- unidades de internação: plantão de Pediatria da enfermaria (97544-0093).

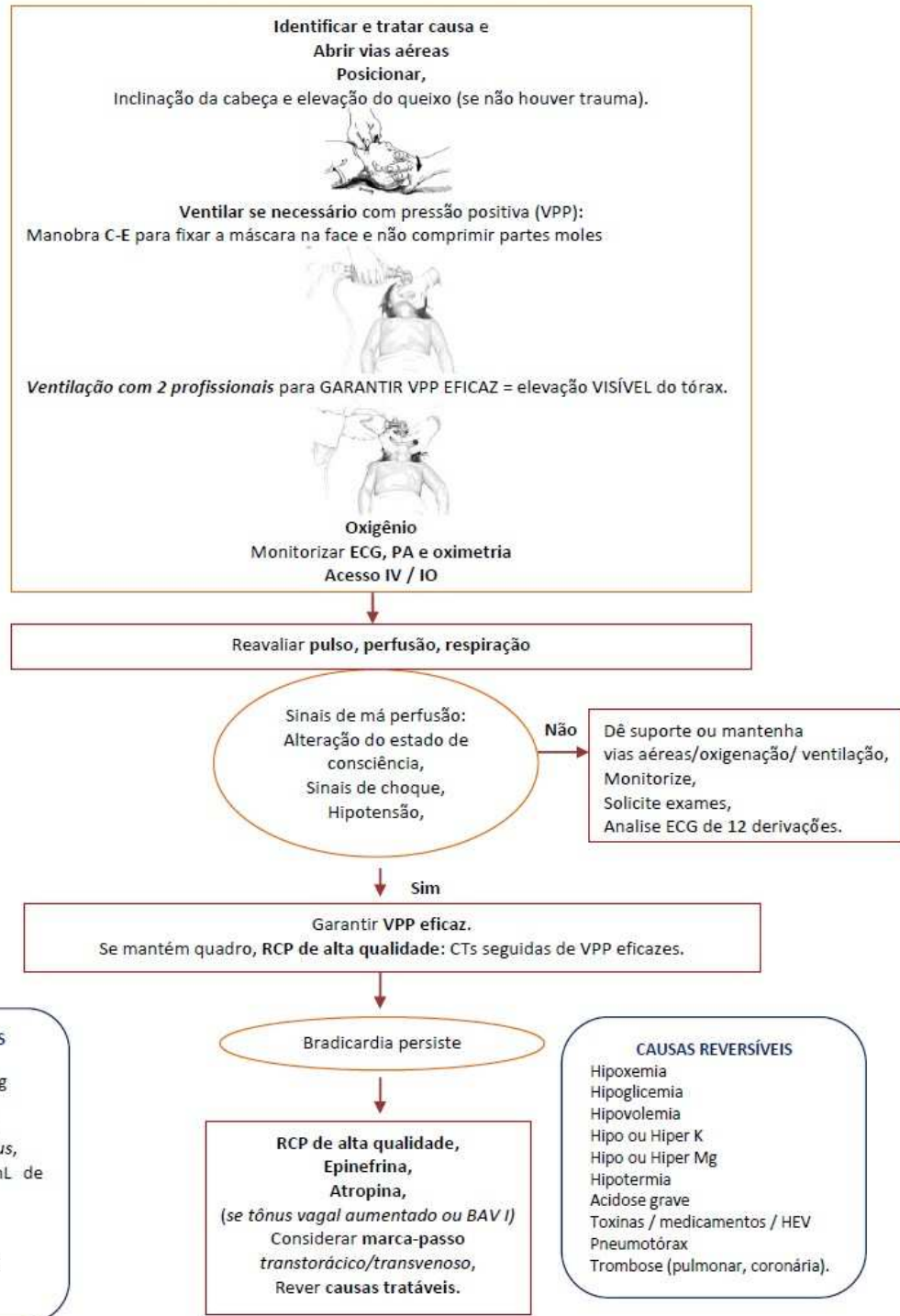
ALGORITMOS RCP PEDIÁTRICA





Algoritmo da RCP pediátrica – AHA 2015 –

Pulso < 60 = BRADICARDIA E MÁ PERFUSÃO



ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES

Equipe do código Azul:

<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dirige-se junto com a equipe ao local da PCR dentro de 5 minutos do chamado, levando a "Maleta do Código Azul". - Assume, coordena e participa da RCP. - Define quem irá controlar o tempo de PCR: ciclos para checagem do pulso, tempo entre uma dose e outra dos medicamentos, o número de desfibrilações efetuadas e suas cargas. - <i>Quem controla o tempo não deve ficar responsável por qualquer outra atividade.</i> - Providencia intubação traqueal e acesso intraósseo, se indicados. - Prescreve os medicamentos utilizados. Solicita os exames necessários. - Determina o momento de interrupção das manobras de RCP. - Completa o preenchimento do "Formulário de atendimento ao Código Azul", iniciado pela equipe local. - Se houver vaga na UTIPed prontamente disponível, providencia o transporte do paciente.
<p>Residente de Pediatria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auxilia na RCP, assumindo quando necessário, a ventilação ou a compressão torácica. - Prescreve os medicamentos utilizados, solicita os exames necessários. - Auxilia no controle do tempo de PCR, rodízio dos ciclos para checagem do pulso, tempo entre doses dos medicamentos, número de desfibrilações efetuadas e doses das cargas utilizadas. - Auxilia no transporte do paciente.
<p>Enfermeiro (preferencial- mente enfermeiro gestor)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordena e direciona as ações da equipe de Enfermagem: preparo e administração de medicamentos (Anexo 2). - Instala o monitor e inicia a monitorização eletrocardiográfica. Prepara o desfibrilador. - Auxilia na RCP assumindo, quando necessário, a ventilação ou a compressão torácica. - Se houver vaga na UTIPed prontamente disponível, auxilia no transporte do paciente.
<p>Fisioterapeuta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auxilia na RCP, assumindo quando necessário, a ventilação ou a compressão torácica. - Auxilia o médico na intubação traqueal e na utilização do respirador. - Se houver vaga na UTIPed prontamente disponível, auxilia no transporte do paciente.

Equipe local:

<p>Enfermeiro, técnicos de Enfermagem, fisioterapeuta, médico, outros profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece o paciente em PCR. - Inicia as manobras de RCP, conforme Protocolo de Atendimento à PCR em pediatria. - Aciona o Código Azul pelo telefone dizendo "Parada no (local do evento)". - Separa o material do setor necessário ao atendimento: <i>carrinho de emergência</i>. - Auxilia a equipe do Código Azul no suporte e na continuidade do tratamento. - Dá suporte à família. - Faz contato com a UTI pediátrica, ramal 9983, (ou com Pronto Socorro, ramal 9920, se não tiver vaga na UTIPed) para a transferência do paciente. - Providencia o transporte do paciente para a UTI pediátrica ou Pronto Socorro. - Se necessário, solicita auxílio à equipe da UTI ou do Código Amarelo ou do Pronto Socorro, a depender da situação e do local para transferência. - Inicia o preenchimento do Formulário de atendimento ao Código Azul, - Registra em prontuário o atendimento e o desfecho. - Preenche a declaração de óbito, se for o caso.
---	---

**Equipe de
Enfermagem**

- Aproxima o carrinho de emergência e coloca a tábua rígida,
- Providencia acesso venoso periférico,
- Monitoriza o paciente e prepara o desfibrilador,
- Prepara os medicamentos conforme orientação médica e conforme a prescrição impressa na [“Folha de urgências” \(Anexo 2\)](#),
- Registra o intervalo de administração dos medicamentos,
- Auxilia na RCP, assumindo quando necessário, a ventilação ou a compressão torácica.
- Auxilia no transporte do paciente.

DEFINIÇÕES

PCR é definida pela interrupção súbita da circulação sistêmica e da respiração. São sinais clínicos de PCR:

- Ausência de resposta ao chamado,
- Ausência de respiração a ou respiração anormal/agônica,
- Ausência de pulso central.

RECOMENDAÇÕES

1. Em situações de **suspeita ou diagnóstico de PCR**, acione o Código Azul o mais rapidamente possível ([GRADE IIB](#)).

O Código Azul **não deve ser acionado** para atender pacientes **sem suspeita de PCR**. Nesse caso, deve ser acionado o **Código Amarelo** (médicos assistentes/plantonistas da enfermaria pediátrica - Telefone: 97544-0093).

Quando a família comunicar ou houver registro formal que o paciente está **em cuidados paliativos, sem indicação de RCP, não é necessário** acionar a equipe do Código Azul.

Nesse caso, os médicos assistentes/plantonistas da enfermaria pediátrica, pelo telefone 97544-0093, e a equipe de medicina paliativa pediátrica deverão ser comunicados.

2. O acionamento do Código Azul ocorrerá por ligação telefônica para aparelho **ESPECÍFICO E EXCLUSIVO** para esse fim, e que ficará na UTI pediátrica, cujo número é 9971. Esse telefone será identificado por uma etiqueta AZUL.

Ao ligar, diga: “Parada no (local do evento)”.

Ao atender, diga: “Código Azul: onde é a parada?”

3. Ao diagnóstico da PCR, manobras de RCP deverão ser iniciadas imediatamente **pela equipe local**, de acordo com o [“Protocolo Institucional de Atendimento à PCR pediátrica”](#) porque iniciar

Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).

prontamente a RCP, antes mesmo do acionamento e chegada do Time de Resposta Rápida do Código Azul aumenta a chance de sobrevivência e pode minimizar sequelas pós-PCR (GRADE IB).

4. Simultaneamente, a **equipe local** providencia o material para o atendimento: carrinho de emergência e desfibrilador próximos ao paciente. Caso seja possível, o paciente deverá ser levado à sala de emergência do setor.

5. O tempo para a chegada da equipe do Código Azul no local da PCR não deve exceder 5 minutos.

6. Ao chegar, a equipe do Código Azul assume o atendimento e a equipe local se mantém junto para suporte e auxílio.

7. O acionamento do Código Azul deverá deixar em alerta todos os funcionários do Hospital:

- Laboratório, Farmácia, Psicologia, Serviço Social, Agência transfusional (se houver hemorragia), para otimizar o atendimento.
- Setor de Transporte e ascensoristas, para garantir a chegada do paciente à UTI Pediátrica ou ao pronto-socorro sem demora.

8. Após retorno da circulação espontânea, verificar se há vaga na UTI Pediátrica:

- Se houver vaga prontamente disponível, a equipe do Código Azul transportará o paciente.
- Se não houver vaga disponível:
 - PCR em pacientes que estão dentro do Hospital, mas não internados (Radiologia/imagem, Laboratório, Hemodiálise, Endoscopia ou outros setores): o paciente será transportado pela **equipe local**, com ajuda da equipe do pronto-socorro, onde receberá assistência até a disponibilidade de vaga na UTIped.
 - Para pacientes já internados (2º, 6º, 7º, 9º, 10º andares): o paciente deverá ser assistido pela equipe do **Código Amarelo** (médicos assistentes/plantonistas da Enfermaria de Pediatria; telefone: 97544-0093), até a disponibilização da vaga na UTIped.

9. A equipe local e a equipe do Código Azul são responsáveis pelo preenchimento em conjunto do [Formulário de atendimento ao Código Azul](#). O impresso será guardado em pasta própria, que ficará na UTIped para arquivamento, monitoramento mensal e lançamento de dados no sistema de gestão.

10. O registro no prontuário do atendimento e do desfecho será feito pela equipe local.

11. O treinamento da equipe do Código Azul, das equipes locais e dos demais funcionários será garantido pela Instituição em períodos regulares.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Óbito ou transferência responsável de cuidado após recuperação de circulação sistêmica.

MONITORAMENTO

- Intervalos entre:
 - Diagnóstico da PCR e o início da RCP,
 - Diagnóstico da PCR e o acionamento do Código Azul,
 - Acionamento do Código Azul e a chegada do Time de Resposta Rápida.
- Número de atendimentos à PCR ou suspeita de PCR nos locais de abrangência do protocolo.
- Taxa de retorno à circulação espontânea.
- Taxa de alta hospitalar após PCR.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

Berwick DM, Calkins DR, McCannon CJ, Hackbarth AD. The 100,000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving health care quality. *JAMA*. 2006 Jan 18;295(3):324-327.

Hackbarth AD, McCannon CJ, Berwick DM. Interpreting the “lives saved” result of IHI’s 100,000

Hackbarth AD, McCannon CJ, Martin L, Lloyd R, Calkins DR. The hard count: Calculating lives saved in the 100,000 Lives Campaign. *The ACP Guide for Hospitalists*. 2006 Apr:1-5.

Lives Campaign. *Joint Commission Benchmark*. 2006 Sept/Oct;8(5):1-11.

McCannon CJ, Schall MW, Calkins DR, Nazem A. Saving 100,000 lives in US hospitals. *BMJ*. 2006 Jun;332(7553):1328-1330.

ANEXOS

Anexo 1 – Formulário de atendimento ao Código Azul

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Data de atendimento: ____/____/____ Hora da chamada: _____ Hora do atendimento: _____

Local do atendimento: _____

Avaliação inicial do paciente

Responde ao chamado: sim () não () Pulso central: presente () ausente ()

Respiração: normal () anormal () ausente () PCR: sim () não ()

Atendimento inicial do paciente

Compressões torácicas: sim () não () Ventilação com bolsa e máscara: sim () não ()

Intubação traqueal: sim () não ()

Medicamentos utilizados: _____

Outros: _____

Desfecho: óbito () retorno da circulação espontânea ()

Condições após RCE:

Glasgow _____

Sedação: sim () não ()

Respiração: espontânea (...) assistida ()

FiO₂ _____ TOT número _____ marca _____

SatO₂ _____ %

FR _____ irpm

FC _____ bpm

PA _____ mmHg

Temperatura _____ °C

Glicemia capilar _____ mg/dl

Medicamentos em uso: _____

Transferência:

Contato telefônico com: _____ Local da transferência: _____

Hora do contato: _____ hora da transferência: _____

Médico responsável pelo transporte: _____

Médico responsável por receber o paciente: _____

Familiares orientados sobre o caso? Sim () Não ()

Assinatura (legível) dos médicos do Código Azul e da equipe local:

Anexo 2 – Folha de urgências com prescrição de medicamentos usados na RCP

FOLHA DE URGÊNCIAS E PROCEDIMENTOS							
Unidade Funcional Pediatria HC-UFMG							
Nome:	0			Leito:	0	Registro:	0
Peso (em Kg):	-	Idade:	0	Data:	23/01/17		
RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR							
Druga / Apresentação	Dose / Via	Cálculo	Prescrição				
Epinefrina 1:1000 1mg/mL (1mL)	0,01 mg/Kg EV/IO Máx 1mg.	P x 0,1 Solução 1:10.000 >50Kg 10mL	Diluir 1mL de Epinefrina em 9mL de ABD e Administrar #VALORI mL EV em bolus. Máx 10mL.				
	TOT 0,1mg/Kg Máx 2,5mg	P x 0,1 Solução 1:1.000	Administrar #VALORI mL de Epinefrina no TOT em bolus, lavar com 5mL de NaCl 0,9% após. Máx 2,5mL.				
	RN 0,01-0,03mg/Kg EV 0,05-0,1mg/Kg TOT	P x 0,1 P x 0,5	Diluir 1mL de Epinefrina em 9mL de ABD Administrar #VALORI mL da solução EV em bolus Administrar #VALORI mL da solução no TOT. Máx ?				
	Cloreto de Sódio 0,9%	10-20mL/Kg EV/IO	P x 10 P x 20	Administrar #VALORI mL de NaCl 0,9% EV livre. Administrar #VALORI mL de NaCl 0,9% EV livre. Maior que 50Kg - 500mL.			
Glicose 50% 0,5mg/mL (20mL)	0,5-1g/Kg EV/IO	P x 1 Sol 1:1 (25%)	Diluir #VALORI mL de SGH50% em #VALORI mL de ABD e administrar EV, em bolus.				
	RN: Solução 1:4	P x 2	Diluir 2mL de SGH50% em 8mL de ABD e administrar #VALORI mL EV, em bolus.				
Gluconato de Cálcio 10% 9mg Ca+2/mL (10mL)	9mg/Kg EV/IO Máximo 3g	P x 1 Solução 1:1	Diluir #VALORI mL de GlucCa 10% em #VALORI mL de ABD e administrar EV, lento. (máximo 30mL de GlucCa 10%)				
	Bicarbonato de Sódio 8,4% 1mEq/mL (10mL)	1mEq/Kg EV/IO	P x 1	Diluir #VALORI mL de NaHCO3 8,4% em #VALORI mL de ABD e administrar EV, lento.			
Atropina 0,5mg/mL (1mL)	0,02mg/Kg EV/IO Máx 1mg Mín 0,1mg	P x 0,04	Administrar #VALORI mL de Atropina EV, em bolus (pode ser repetida somente 1 vez e, se necessário, dose dobrada). Máx 2mL. Mínimo 20UE 100 (0,2mL).				
	INTUBAÇÃO TRAQUEAL						
	Atropina 0,5mg/mL (1mL)	0,01-0,02mg/Kg EV/IO	P x 0,02	Administrar #VALORI mL de Atropina EV, em bolus			
0,02mg/Kg IM		P x 0,04	(pode ser repetida somente 1 vez e, se necessário, dose dobrada). Máx 2mL. Mínimo 20UE 100 (0,2mL).				
Máx 1mg e Mín 0,1mg							
Lidocaína, cloridrato 1% 10mg/mL (20mL)	1-2mg/Kg EV/IO	P x 0,1	Administrar #VALORI mL de Lidocaína 1% EV, lento.				
	Cetamina 50mg/mL (10mL)	2mg/Kg EV/IO	P x 0,04	Administrar #VALORI mL de Cetamina EV, lento -			
3-5mg/Kg IM		P x 0,06	em 2 minutos / IM.				
Fentanil 50mcg/mL (10mL)	2-4mcg/Kg EV/IO/IM	P x 0,04	Diluir #VALORI mL de Fentanil em 3mL de ABD e administrar EV, lento - 3 minutos. IM administrar sem diluir.				
	Midazolam 5mg/mL (10mL)	0,2mg/Kg EV/IO/IM/IN >40Kg 10mg	P x 0,04	Administrar #VALORI mL de Midazolam EV/lento / IM (se nasal, metade em cada narina).			
Etomidato 2mg/mL (10mL)	0,3mg/Kg EV/IO	P x 0,15	Administrar #VALORI mL de Etomidato EV, lento.				
Propofol 10mg/mL (20mL)	1-3mg/Kg EV/IO	P x 0,1	Administrar #VALORI mL de Propofol EV, lento.				
Succinilcolina, Suxametônio 20mg/mL (5mL)	1-2mg/Kg EV/IO	P x 0,05	Administrar #VALORI mL de Succinilcolina EV/IM em				
	2-4mg/Kg IM	P x 0,1	bolus. (máximo 7,5mL)				
Rocurônio 10mg/mL (5mL)	1-1,2mg/Kg EV/IO	P x 0,1	Administrar #VALORI mL de Rocurônio EV, em bolus.				

Anexo 3 – Composição da maleta do código azul

Medicamentos

Amiodarona 150mg/3ml – 5 ampolas
Bicarbonato de sódio 10% – 5 ampolas
Epinefrina 1mg/1ml – 10 ampolas
Cetamina 50mg/ml – 1 frasco
Fentanil 50mcg/ml , 10 ml – 2 ampolas
Gluconato de cálcio 10% – 5 ampolas
Lidocaína 1% – 1 frasco
Midazolam 50mg/ 10ml – 5 ampolas
Naloxone 0,4mg/ml – 1 ampolas
NaCl 0,9% 0,9% 10 ml – 12 ampolas
NaCl0,9% 250 ml – 2 ampolas
Glicose 50% 20ml – 4 ampolas
Succinilcolina 100mg – 2 ampolas

Equipamentos

Desfibrilador externo automático (DEA)
Laringoscópio
Cabo com pilhas – 2 unidades
Lâminas 0, 1, 2 e 3 – 1 unidade curva e 1 unidade reta
Lâmina 4 – 1 unidade curva

Equipamentos de proteção individual

Máscara cirúrgica – 4 unidades
Óculos – 4 unidades
Luvas (M) – 10 pares
Luva transparente – 3 pares
Avental descartável – 4 unidades

Materiais

TOT (nº 3, 3 e 1/2, 4, 4 e 1/2, 5, 5 e 1/2, 6, 6 e 1/2, 7, 7 e 1/2): uma unidade de cada
Máscara laríngea (nº 2, 3, 4 e 5) – 1 unidade cada
Unidade ventilatória auto inflável de 500ml e 1 litro – 1 unidade cada
Máscara lactente redonda - 2 unidades (uma pequena e outra grande)
Máscara pediátrica triangular - 1 unidade
Máscara adulto - 1 unidade
Cateter nasal – 1 unidade
Máscara de oxigênio não reinalante: adulto e pediátrica
Three-way – 4 unidades
Extensores – 4 unidades
Seringa 10 ml – 5 unidades
Seringa 20 ml – 5 unidades
Aglulhas 40 x 12 – 10 unidades
Jelco nº 18, 20 e 22 – 5 unidades cada
Jelco nº 14 – 1 unidade
Cadarço de fixação do TOT
Esparadrapo
Sondas de aspiração nº 6, 8, 10 e 12-2 de cada

Anexo 4 – Classificação das recomendações

Há intervenções para as quais estudos não seriam factíveis ou não são necessários para embasá-las, por razões éticas ou porque a alternativa é impensável. Nesses casos, há consenso entre os estudiosos do tema e tais recomendações são denominadas *Boas Práticas*.

Para intervenções em que há alternativas e estudos comparativos, o sistema GRADE hierarquiza a evidência disponível e sustenta as recomendações.

Tabela 1 - Evidências de acordo com o sistema GRADE

Força de recomendação		
1	Forte	As vantagens de uma dada conduta claramente suplantam as desvantagens ou as desvantagens claramente suplantam as vantagens. • A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada.
2	Fraca	Há um certo grau de incerteza sobre a relação entre vantagens e desvantagens de uma dada conduta. • O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente, para definir uma decisão consistente.
Nível de Evidência	Significado	Fonte dos Resultados
A	Alta	Improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito. Ensaio clínico randomizado bem conduzido e com achados consistentes. Estudos observacionais bem conduzidos, cujos resultados mostram efeitos muito fortes de intervenções, que não podem ser explicados por potenciais vieses.
B	Moderada	Trabalhos futuros poderão modificar nossa confiança na estimativa de efeito e modificar sua estimativa. Ensaio clínico randomizado com problemas na condução, inconsistência, achados não dirigidos para o alvo ou desfecho de interesse, imprecisão nas estimativas, vieses de publicação. Estudos observacionais, quando relatam benefício forte, com delineamento sem viés.
C	Baixa	Trabalhos futuros muito provavelmente terão um importante impacto em nossa confiança na estimativa de efeito. Ensaio clínico randomizado com desfechos substitutos ou outras importantes limitações. Estudos observacionais, mais especificamente estudos de coorte e caso-controle. Estudos observacionais não controlados e observações clínicas não sistematizadas (relato de casos e série de casos).
Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde. Ministério da Saúde, 2014		

SIGLAS

FiO ₂	Fração de oxigênio no ar inspirado
FR	Frequência respiratória
PA	Pressão arterial
PCR	Parada cardiorrespiratória
RCP	Ressuscitação cardiopulmonar
SatO ₂	Saturação periférica de oxigênio
TOT	Tubo orotraqueal
UTI	Unidade de terapia intensiva
UTIpéd	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- **Elaborada em** abril de 2018 **por:** Maria Thereza Macedo Valadares e Luciana Hott Silva.
- **Avaliada por** Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira, Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira e Roberta da Silva D'Alessandro Tonello.
- **Aprovada em** abril de 2018 **por:** Andréa Maria Silveira, Gerente de Atenção à Saúde e Diretora Técnica.

2ª versão

- **Elaborada em** setembro de 2020 **por:** Maria Thereza Macedo Valadares, Luciana Hott Silva, Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira, Roberta da Silva D'Alessandro Tonello.
- **Avaliada em** setembro de 2020 **por** René Coulaud Santos da Costa Cruz.
- **Colocada em consulta pública** em novembro de 2020.
- **Aprovada em** novembro de 2020 **por:** Alexandre Rodrigues Ferreira, Gerente de Atenção à Saúde e Diretor Técnico.

3ª versão

Apenas modificação dos telefones celulares institucionais por mudança de empresa de telefonia.