

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	3
FLUXOGRAMA DO PROCESSO.....	4
ESCALA DE SINAIS DE ALERTA PRECOCE PEDIÁTRICA – ESAPP.....	5
Tabela de referência dos sinais vitais complementar.....	6
Plano de ação de acordo com a pontuação na ESAPP.....	7
Profissionais de referência.....	8
RECOMENDAÇÕES .....	8
Orientações para aplicação.....	8
Quando aplicar a Escala de Sinais de Alerta Precoce Pediátrica .....	9
Frequência de cálculo .....	9
Tópicos do plano de ação da ESAPP .....	9
Quem vai acionar o Código Amarelo .....	9
ATENDIMENTO.....	9
Equipe de atendimento .....	10
Atendimento em setores externos às enfermarias de Pediatria:.....	10
Após o atendimento inicial .....	10
CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO .....	11
MONITORAMENTO .....	11
CONFLITOS DE INTERESSE.....	11
SIGLAS .....	12
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	13
Anexo 1: telefones úteis .....	14

## INTRODUÇÃO

As principais causas de parada cardiorrespiratória (PCR) no paciente pediátrico são a insuficiência respiratória, o choque e o evento neurológico agudo. Em todas essas situações, ocorrem alterações de sinais clínicos que podem ser detectadas em horas ou até em dias antes da deterioração clínica e do evento mais grave. A falha em reconhecê-las e tratá-las é a principal responsável pelo dano não intencional em ambientes de saúde.

Os seguintes aspectos são associados a essa falha:

- Sinais e sintomas não valorizados.
- Respostas tardias às avaliações e reavaliações.
- Falha na educação permanente necessária para a cultura de segurança e para a utilização de ferramentas como escores de alerta e listas de checagem.
- Insuficiência na interação com os pais ou cuidadores: não atenção às suas preocupações; falta de preparo ou confiança destes para expor seus medos; ou equipe assistencial não preparada para trabalhar em parceria com a família.

Por isso, é necessário propor ações que possam melhorar a assistência aos pacientes pediátricos hospitalizados com risco de deterioração:

**1. Utilização de ferramenta de pontuação:** escala de sinais de alerta precoce pediátrica (ESAPP) para ajudar a discriminar os pacientes com prioridade de atendimento médico e conduta especializada.

A escala de alerta pediátrica proposta neste protocolo é parte do projeto multicêntrico EVAT, adaptada e validada para o uso em crianças internadas em hospitais com recursos limitados.

**2. Acionamento de plano de ação,** com base na pontuação do ESAPP, para resposta precoce, rápida e adequada à gravidade do paciente.

**3. Acionamento de equipe do Código Amarelo Pediátrico,** se ESAPP  $\geq$  3.

**4. Educação dos profissionais** envolvidos direta ou indiretamente na assistência.

**5. Sensibilização dos profissionais e da família** para trabalho em parceria.

## OBJETIVOS

**Objetivo geral:** favorecer a segurança do paciente, dos seus familiares, da equipe assistencial e da instituição, diminuindo o número de eventos adversos graves.

### Objetivos específicos

- Nortear o gerenciamento da priorização de avaliações dos pacientes internados.
- Aprimorar e uniformizar a percepção do estado clínico dos pacientes pela equipe multidisciplinar e facilitar a comunicação entre seus membros.

- Normatizar a execução de reavaliações dos pacientes com sinais de deterioração clínica em prazos bem estabelecidos.
- Envolver precocemente o médico assistente de referência, além do residente, na assistência ao paciente que não se estabilizar após o tratamento inicial.
- Promover a interação preliminar com a equipe da UTI pediátrica, para aconselhamento e apoio no tratamento de pacientes em deterioração.
- Incluir a família na vigilância, aumentando a sensibilidade para identificar sinais sutis de deterioração clínica dos pacientes.

Por se tratar de instituição de ensino, pesquisa e extensão, o fluxo proposto promove oportunidade aos médicos residentes em Pediatria de desenvolvimento de autonomia, com progressão para supervisão escalonada (direta, indireta e à distância) em conformidade com novos paradigmas de formação de profissionais conscienciosos.

### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

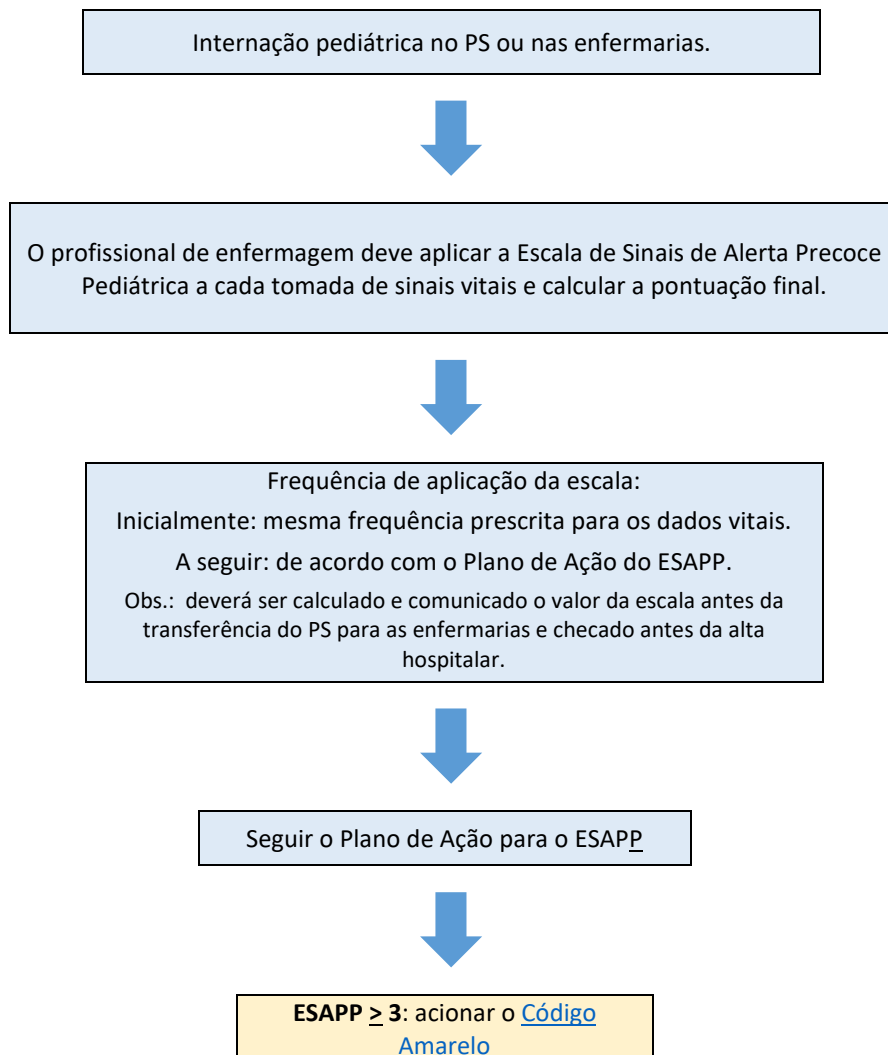
Pacientes pediátricos **internados** no Hospital das Clínicas da UFMG/Ebserh (HC) nas unidades do 2º leste, 6º andar, 7º norte, 9º leste e 10º norte; no pronto-socorro pediátrico e no Hospital São Geraldo.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Situações que demandam atuação médica, mas não se associam a piora aguda do quadro clínico do paciente, como inadequações de prescrições ou demandas de preenchimento de documentos (essas situações devem seguir o fluxo habitual de comunicação entre os profissionais responsáveis).

Pacientes **não internados**: para o caso de crianças não internadas que estejam nas dependências do HC-UFMG/Ebserh e que apresentem eventos de deterioração clínica, a equipe de pediatria do Pronto Socorro Pediátrico, bem como a equipe médica de pediatria da Enfermaria podem ser acionados para auxiliar o médico do setor onde ocorreu o evento na condução do caso. Estes pacientes deverão ser encaminhados para atendimento no Pronto Socorro Pediátrico assim que estiverem em condições de transporte.

### FLUXOGRAMA DO PROCESSO



## ESCALA DE SINAIS DE ALERTA PRECOCE PEDIÁTRICA – ESAPP

Se a criança apresentar indicadores clínicos de duas pontuações do mesmo componente, prevalecerá a maior pontuação para a somatória. Exemplo: se a criança apresentar palidez e tempo de enchimento capilar de 4 segundos, seu escore parcial do componente cardiovascular será 2 pontos.  
 → Após avaliação dos indicadores clínicos de cada componente, deve-se anotar os escores parciais.  
 → Os pontos de cada alteração devem ser somados para gerar o escore final.

← SENTIDO DA AVALIAÇÃO				
Dados/Pontos	Normal 0 ponto	Leve 1 ponto	Moderado 2 pontos	Grave 3 pontos
<b>Comportamento Estado Neurológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alerta, ativo, interagindo bem.</li> <li>Dormindo apropriadamente.</li> <li>Paciente está alerta em seu basal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonolento, hipoativo.</li> <li>Responde somente ao chamado verbal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Irritado, difícil de consolar.</li> <li>Responde somente a estímulos dolorosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Letárgico, confuso.</li> <li>Sem resposta a estímulos.</li> <li>Convulsões novas, frequentes ou prolongadas.</li> <li>Pupilas não reativas à luz ou assimétricas</li> </ul>
<b>Cardiovascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cor da pele adequada para o paciente.</li> <li>Enchimento capilar ≤ 2 segundos.</li> <li>Pulsos periféricos normais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pálido.</li> <li>Enchimento capilar 3 segundos.</li> <li>Taquicardia leve.</li> <li><b>Vasodilatado*</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enchimento capilar 4 segundos.</li> <li>Taquicardia moderada.</li> <li>Pulsos periféricos finos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pele manchada.</li> <li>Enchimento capilar ≥ 5 segundos.</li> <li>Taquicardia grave.</li> <li><b>Bradicardia sintomática*</b>.</li> <li>Ritmo cardíaco irregular.</li> </ul>
<b>Respiratório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem esforço.</li> <li>Frequência respiratória normal para a idade ou no basal da criança.</li> <li>Saturação e uso de oxigênio – vide quadro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taquipneia leve.</li> <li>Esforço respiratório leve (batimento de aleta nasal, retração intercostal).</li> <li>Saturação e uso de oxigênio – vide quadro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taquipneia moderada.</li> <li>Esforço respiratório moderado (batimento de aleta nasal, retração intercostal, uso de musculatura acessória, gemidos).</li> <li>Broncodilatador 2/2h.</li> <li>Saturação e uso de oxigênio – vide quadro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taquipneia grave.</li> <li>Bradipneia ou apneia.</li> <li>Esforço respiratório grave (retrações gemidos, balanço de cabeça, dissociação tóraco-abdominal).</li> <li>Broncodilatador com intervalos de 1/1h ou menos.</li> <li>Saturação e uso de oxigênio – vide quadro.</li> </ul>
<b>Preocupação da Equipe (PE)</b>	Não preocupada.	Preocupada.		
<b>Preocupação da Família (PF)</b>	Não preocupada <u>e</u> presente.	Preocupada <u>ou</u> ausente.		

<b>Atenção</b>	A preocupação de profissionais e familiares com a condição clínica de um paciente deve ser pontuada.
	Pergunte ao acompanhante: você está preocupado com sua criança pelo estado dela hoje? Se a resposta é SIM, pontue 1 e faça perguntas que podem ajudar a esclarecer o motivo da preocupação.
	Pontue 1 caso você, profissional da enfermagem que aplica a escala, esteja preocupado com o estado do paciente no momento da avaliação.

Tabela de referência dos sinais vitais complementar

Referência de Frequências cardíacas (em batimentos por minuto)					
Faixa etária	Bradicardia	Normal	Leve	Moderado	Grave
0 a 2 m	≤ 112	113-164	165 - 171	172 -186	≥ 187
3 a 5 m	≤ 107	108 - 159	160 - 167	168 -182	≥ 183
6 a 8 m	≤ 103	104 - 156	157 - 163	164 - 178	≥179
9 a 11 m	≤ 100	101 - 153	154 - 160	161 - 176	≥177
12 a 17 m	≤ 96	97 - 149	150 - 157	158- 173	≥174
18 a 23 m	≤ 91	92 - 146	147 - 154	155 -170	≥171
2 anos	≤ 86	87 - 142	143 - 150	151 - 167	≥168
3 anos	≤ 81	82 - 138	139 - 146	147 - 164	≥165
4 a 5 anos	≤ 76	77 - 134	135 - 142	143 - 161	≥162
6 a 7 anos	≤ 70	71 - 128	129 - 137	138 - 155	≥156
8 a 11 anos	≤ 65	66 - 120	121 - 129	130 - 147	≥148
12 a 14 anos	≤ 60	61 -112	113 - 121	122 - 138	≥139
15 a 17 anos	≤ 56	57 - 107	108 -115	116 -132	≥133

Fonte: Bonafide C, et al. Development of Heart and Respiratory Rate Percentile Curves for Hospitalized Children. Pediatrics 2013;131:e1150.

Referência de Frequência respiratória (em incursões respiratórias por minuto)					
Faixa etária	Bradipneia	Normal	Leve	Moderado	Grave
0 a 2 m	≤ 26	27-56	57 - 62	63-76	≥ 77
3 a 5 m	≤ 24	25 - 52	53 -58	59 -71	≥ 72
6 a 8 m	≤ 22	23 - 49	50 -54	55 -67	≥ 68
9 a 11 m	≤ 21	22 - 46	47 - 51	52 - 63	≥ 64
12 a 17 m	≤ 20	21 - 43	44 - 48	49 - 60	≥ 61
18 a 23 m	≤ 19	20 - 40	41 - 45	46 - 57	≥ 58
2 anos	≤ 17	18 - 37	38 - 42	43 - 54	≥ 55
3 anos	≤ 17	18 - 35	36 - 40	41 - 52	≥ 53
4 a 5 anos	≤ 16	17 - 33	34 - 37	38 - 50	≥ 51
6 a 7 anos	≤ 15	16 - 31	32 -35	26 - 46	≥ 47
8 a 11 anos	≤ 14	15 - 28	29 - 31	32 - 41	≥ 42
12 a 14 anos	≤ 12	13 -25	26 - 28	29 - 35	≥ 36
15 a 17 anos	≤ 12	13 - 23	24 - 26	27 - 32	≥ 33

Fonte: Bonafide C, et al. Development of Heart and Respiratory Rate Percentile Curves for Hospitalized Children. Pediatrics 2013;131:e1150.

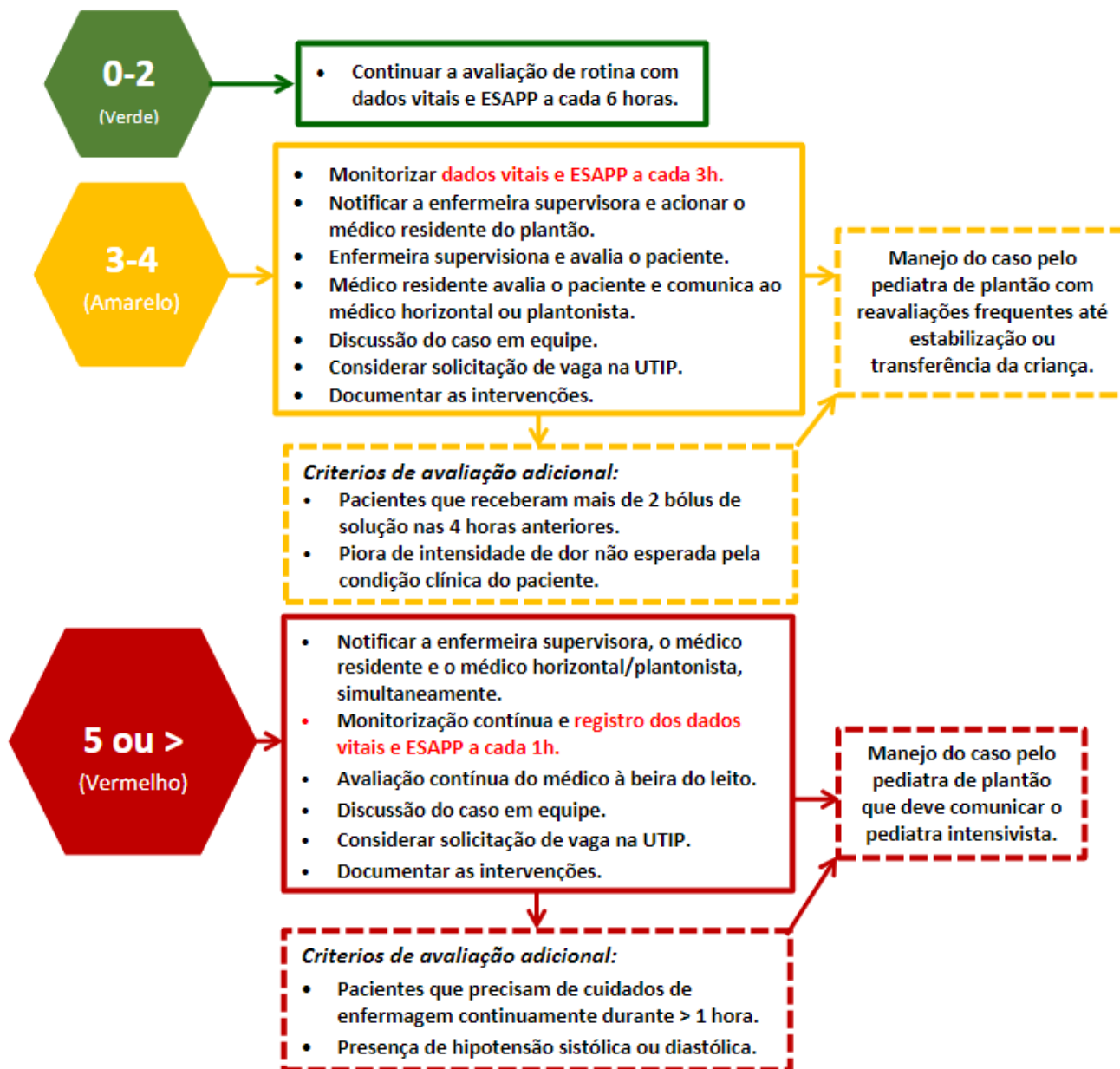
Escala de Sinais de Alerta Precoce Pediátrico (ESAPP) – saturação e uso de oxigênio				
	Normal 0 ponto	Leve 1 ponto	Moderado 2 pontos	Grave 3 pontos
<b>Saturação</b>	Saturação ≥95% ou no basal da criança	Saturação 90-94% sem oxigênio ou queda em torno de 5% em relação ao basal da criança.	Saturação 88-89% sem oxigênio ou queda em torno de 10% em relação ao basal da criança.	Saturação <90% com oxigênio ou queda em torno de 15% ou mais em relação ao basal da criança.
<b>Uso de oxigênio</b>	Não	≤1L/min de oxigênio	>1 e ≤3 L/min de oxigênio	> 3 L/min de oxigênio
<b>Paciente em VM crônica</b>	FiO2 basal da criança.	Aumento de até 10% na FiO2 em relação ao basal da criança.	Aumento de até 15% na FiO2 em relação ao basal da criança.	Aumento > 15% na FiO2 em relação ao basal da criança.

Escala de Sinais de Alerta Precoce Pediátrico (ESAPP) – pressão arterial sistólica	
Faixa etária	Hipotensão
0-28 dias	PAS < 60mmHg
29 dias a <12 meses	PAS < 70mmHg
1-10 anos	PAS < 70 + (2 x idade) mmHg
>10 anos	PAS <90 mmHg

\***Bradicardia sintomática:** frequência cardíaca abaixo do normal para a idade associada a ao menos um dos seguintes sinais: síncope, perfusão lentificada, pulsos finos, sonolência, hipotensão, hipertensão.

\***Vasodilatado:** extremidades avermelhadas e enchimento capilar muito rápido.

Plano de ação de acordo com a pontuação na ESAPP



## Profissionais de referência

Setor	Enfermagem	Equipe Médica
Pronto-socorro (PS)	Enfermeiro do setor (da ala) ou, na ausência deste, o enfermeiro de referência.	Médico assistente de referência, horizontal ou plantonista.
Enfermarias 2º L, 6º L, 7º N, 9º L e 10º N	Enfermeiro do setor (da ala) ou, na ausência deste, o enfermeiro de referência.	Professor, preceptor ou médico assistente de referência, horizontal ou plantonista.
Radiologia, Hemodinâmica, Medicina Nuclear e Hemodiálise	Enfermeiro do setor (da ala) ou, na ausência deste, o enfermeiro de referência.	Médico do setor ou médico assistente, se presente. Na indisponibilidade deles, ou se eles não estabilizarem o paciente após 20 minutos de atendimento: médico assistente de referência, horizontal ou plantonista.
Hospital São Geraldo	Enfermeiro da Unidade de Internação; na indisponibilidade dele, o enfermeiro de referência do plantão (ramal 9569).	Médico do setor ou médico assistente, se presente. Na indisponibilidade deles, ou se eles não estabilizarem o paciente após 20 minutos de atendimento: médico assistente de referência, horizontal ou plantonista.

## RECOMENDAÇÕES

### Orientações para aplicação

- Ambiente para avaliação: a aplicação da ESAPP deve ser preferencialmente realizada no leito da criança ou no colo do acompanhante, para seu conforto.

### Avaliação clínica

<b>Nível de consciência ou estado neurológico</b>	Conversar com a criança, fazer estimulação, caso seja necessário. Avaliar se a criança está ativa, desperta e responde a estímulos externos; se está sonolenta, responde à voz; se está irritada; se está letárgica/obnubilada ou responde apenas à dor. Avaliar reatividade das pupilas à luz.
<b>Cor da pele</b>	Observar se a pele está corada, pálida/descorada, manchada e/ou acinzentada/cianótica.
<b>Tempo de enchimento capilar (TEC)</b>	Elevar a extremidade (mãos ou pés) ligeiramente acima do nível do coração, pressionar a pele por 5 segundos, aliviar a pressão e contar os segundos necessários para o retorno à cor basal da pele (1-2, 3, 4, ≥ 5 segundos).
<b>Frequência cardíaca e pulsos periféricos</b>	Palpar pulsos periféricos e avaliar se estão cheios ou finos. Checar se o ritmo cardíaco é regular. Contar a frequência cardíaca durante 60 segundos a fim de observar se a FC está normal para a idade, se há taquicardia leve, moderada ou grave ou se há bradicardia.
<b>Pressão arterial</b>	Preferencialmente em MSD e com manguito adequado para a idade/circunferência do braço.
<b>Padrão respiratório</b>	Observar se respiração é suave ou se há dificuldade: uso de músculos acessórios (retrações subcostais, intercostais, de fúrcula, de esterno) e/ou gemência.
<b>Frequência respiratória</b>	Contar a frequência respiratória em 30 segundos e multiplicar por 2 a fim de identificar se a frequência está normal para a idade, se há taquipneia leve, moderada ou grave ou se há bradipneia.
<b>Oxigenação</b>	Avaliar a saturação periférica de oxigênio e o fluxo de O <sub>2</sub> em uso. Avaliar a frequência uso de broncodilatador inalatório.

## Quando aplicar a Escala de Sinais de Alerta Precoce Pediátrica

A cada checagem de sinais vitais feita pela enfermagem.

### Frequência de cálculo

- Inicialmente, em frequência igual à dos dados vitais prescritos.
- Aumentar ou reduzir a frequência de acordo com a pontuação calculada e a orientação do plano de ação.

### Tópicos do plano de ação da ESAPP

- O prazo dentro do qual as observações devem ser repetidas.
- O prazo dentro do qual a criança deve ser atendida por preceptor ou médico assistente de referência.
- Quando acionar apoio da equipe da UTI Pediátrica.
- Toda pontuação  $\geq 3$  classifica o paciente como de risco para deterioração grave.
- O profissional da enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) deverá informar ao médico que se trata de acionamento de [Código Amarelo Pediátrico](#) e informar a pontuação calculada na ESAPP, além dos dados de identificação e localização do paciente.

### Quem vai acionar o Código Amarelo

- Profissionais da enfermagem são as referências para acionar o Código Amarelo.

## ATENDIMENTO

O atendimento deverá ser sistematizado, de forma a promover o diagnóstico da situação o mais rapidamente possível e as ações prioritárias serão:

- Utilizar o mnemônico [ABCDE](#).
- Instituir medidas de suporte, quando indicadas, para estabilização de paciente.
- Consultar o prontuário do paciente, para confirmar mudança na condição clínica atribuível a evento agudo ou subagudo e para averiguar o nível de suporte clínico definido em plano terapêutico → *sempre checar a aba Plano de Cuidados do prontuário eletrônico*.
- Instituir propedêutica e tratamento conforme diagnóstico inicial sindrômico ou etiológico e, sempre que pertinente, orientar-se por [protocolos clínicos institucionais específicos](#).
- Discutir o caso com o médico assistente ou representante da equipe de especialistas.
- Registrar a avaliação e as ações executadas em prontuário eletrônico, ou no impresso “Evolução” no [módulo de contingência](#).

## Equipe de atendimento

**Profissionais de referência:** médicos e profissionais de enfermagem capacitados para o atendimento de urgências e emergências clínicas

## Atendimento em setores externos às enfermarias de Pediatria:

### Hospital São Geraldo ou Radiologia, Hemodinâmica, Medicina Nuclear ou Hemodiálise

O médico do setor que fizer a avaliação inicial seguirá as seguintes orientações:

- Acionar o Plano de Ação para o ESAPP assim que identificar sinais de potencial deterioração, cuja resolução esteja fora de sua expertise,
- Conduzir o atendimento inicial, estabelecer medidas emergenciais em casos de instabilidade clínica, prescrever medicamentos e solicitar exames complementares quando indicados,
- Aguardar a chegada do médico acionado, garantindo o suporte clínico ao paciente,
- Passar o caso de maneira clara ao colega que chegar, expondo sua impressão inicial, condutas já estabelecidas e qual a demanda ou recomendação imediata para a situação (sendo recomendado utilizar a ferramenta de transferência de cuidado [ISBAR](#)),
- Sempre que possível, acompanhar todo o cuidado, colaborando com a assistência e com a solicitação de vaga para transferência para unidade de internação indicada, se for o caso,
- Registrar a avaliação e as ações executadas em prontuário eletrônico ou no impresso “Evolução” no [módulo de contingência](#).

## Após o atendimento inicial

A equipe de atendimento do Código Amarelo definirá a proposta de seguimento do cuidado para o paciente conforme suas condições clínicas:

- **Paciente estável que reduziu a pontuação na ESAPP para 1-2:** considera-se a situação resolvida e encerra-se o atendimento do Código Amarelo.
- **Paciente mantendo pontuação 3-4, mas sem critérios de instabilidade:** programa-se a frequência de reavaliação médica, identifica-se a equipe que fará o próximo atendimento e faz-se a transferência de cuidado responsável. A enfermagem mantém checagem de dados vitais e cálculo da ESAPP a cada 3 horas.
- **Paciente mantendo pontuação  $\geq 5$  ou com critérios de instabilidade clínica:** solicita-se vaga em unidade de terapia intensiva (ou nível de cuidado superior ao atual) e garante-se o suporte clínico até a admissão do paciente no setor.

## Observações:

- Na indisponibilidade imediata de leitos de terapia intensiva, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) deve ser acionado para liberação de leito nas enfermarias, para possibilitar altas de pacientes da UTI que estejam aguardando leito.
- O registro do atendimento deve ser realizado em prontuário eletrônico (ou nos formulários de contingência). São informações essenciais: relato do atendimento contendo a descrição do estado clínico inicial, dados da avaliação, impressão diagnóstica, conduta adotada e desdobramentos e plano para seguimento do cuidado; assinatura e carimbo do profissional que realizou o atendimento.

- O atendimento do Código Amarelo deve ser encarado como uma emergência, ficando atrás apenas do atendimento do [Código Azul](#) em nível de prioridade para atendimento às demandas por todos os setores do hospital.
- As prioridades devem ser estabelecidas pelo médico da equipe de atendimento do Código Amarelo e devem ser apontadas em destaque nas solicitações formais, registradas e justificadas em prontuário.
- Os setores de transporte, apoio diagnóstico e terapêutico, bem como os setores de terapia intensiva, internação e o Núcleo Interno de Regulação (NIR) devem acolher e responder às solicitações com agilidade.
- A Instituição promoverá condições para treinamento periódico e regular de seus profissionais em reconhecimento dos sinais de deterioração clínica e em suporte de vida, além de educação dos profissionais, usuários e seus familiares para trabalho em parceria.

### CRITÉRIOS DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Paciente estável e com condições de seguimento de cuidado habitual.
- Paciente transferido para unidade de terapia intensiva.
- Óbito.

### MONITORAMENTO

- Número de profissionais treinados em suporte de vida.
- Número de acionamentos por mês e por setor.
- Acompanhamento evolutivo dos casos acionados com pontuação  $\geq 5$ .
- Taxa de indicação de terapia intensiva.
- Taxa de transferência para terapia intensiva em até 12 horas da solicitação.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## SIGLAS

EVAT	<i>Escala de Valoración de Alerta Temprana</i>
Bpm	Batimentos por minuto
ESAPP	Escala de sinais de alerta precoce pediátrica
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FC	Frequência cardíaca
FiO <sub>2</sub>	Fração de oxigênio inspirado
FR	Frequência respiratória
HC	Hospital das Clínicas da UFMG, gerido pela Ebserh
Irpm	Incursões respiratórias por minuto
ISBAR	Ferramenta de transferência do cuidado, sistematizada em Identificação, situação, contexto ( <i>background</i> ), avaliação e recomendação
MSD	Membro superior direito
NIR	Núcleo Interno de Regulação
PCR	Parada cardiorrespiratória
PS	Pronto-socorro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- Elaborada em maio de 2020 por: Letícia Drumond Alberto e Adrienne Mary Leão Sette e Oliveira.
- Avaliada em junho de 2020 por: René Coulaud Santos da Costa Cruz.
- Referência técnica: Adriana Teixeira Rodrigues.
- Aprovada em julho de 2020 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

### 2ª versão

- Mantidas as referências anteriores. Realizada apenas modificação dos números de telefones celulares.
- Aprovada em outubro de 2021 por Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

### 3ª versão

- Elaborada em abril de 2023 por: Letícia Drumond Alberto.
- Aprovada em maio de 2023 por: Luciana Cristina dos Santos Silva, gerente de Atenção à Saúde e diretora técnica.

## Anexo 1: telefones úteis

TELEFONES ÚTEIS	
Anexo São Geraldo - Setor de Urgência	9569
Coleta	9267
Núcleo Interno de Regulação	9888
Plantão da Pediatria da Enfermaria	97544-0093, 9396 / 9625 / 9481
Plantão da Pediatria do Pronto-Socorro	9920
Radiologia	9336 / 9337 / 9340
Regulação do Pronto-Socorro	9326 / 9327
Transporte	9200
UTI pediátrica	9980 / 9981 / 9982 / 9983