

# POP

HC-UFTM/EBSERH

## Rotina de Registro de Sinais Vitais e Controles

Versão: 6 | 2025

**SUPERINTENDENTE**

LUCIANA DE ALMEIDA SILVA TEIXEIRA

**GERENTE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

LUIZ ANTONIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

**CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM**

ANA CLAUDIA DE MORAES FAQUIM

**ELABORAÇÃO DA VERSÃO ATUAL**

Thaís Santos Guerra Stacciarini, Divisão de Enfermagem

Eliane Viana Cardoso, Programa de Residência Multiprofissional Saúde do Idoso

**VALIDAÇÃO INTERNA**

Lana Jaya Silveira Cerqueira, Unidade de Urgência e Emergência

Lidiane Carvalho Contijo, Unidade da Saúde da Mulher

**REGISTRO, VALIDAÇÃO DE FORMA E REVISÃO**

Ana Paula Corrêa Gomes, Comissão de Gestão da Qualidade Documental

**APROVAÇÃO**

Ana Claudia de Moraes Faquim, Divisão de Enfermagem

Data da emissão: 14/11/2025

Vigência: dois anos

Código do documento: POP.HC-UFTM-DENF.003

ISBN:

*Cópia eletrônica não controlada. Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. O uso deste documento em meio físico ou fora da vigência pode disseminar informação e/ou procedimento desatualizados © 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados [www.ebserh.gov.br](http://www.ebserh.gov.br)*



Hospital de Clínicas



**EBSERH**  
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

## 1. FINALIDADE

Instituir as normas relacionadas à verificação e ao registro dos sinais vitais e dos controles de entrada e saída dos pacientes hospitalizados, visando avaliar o estado de saúde, identificar problemas de saúde, orientar diagnóstico, monitorar a evolução do quadro clínico, guiar intervenção precoce e permitir avaliação de resposta ao tratamento.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidades funcionais que prestam assistência ao paciente, com profissionais de enfermagem vinculados direta ou indiretamente à Divisão de Enfermagem (DENF).

## 3. COMPETÊNCIA

Enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e acadêmico/residente de enfermagem, sob supervisão.

## 4. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Lei do Exercício Profissional e Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

## 5. NORMAS

### 5.1. Aspectos Gerais de Verificação e Registro

#### Sinais Vitais

- Os sinais vitais (SSVV) de rotina a serem verificados são: Temperatura (T), Pulso Arterial (P) e/ou Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial (PA), Frequência Respiratória (FR), Dor e Saturação de Oxigênio (SpO<sub>2</sub>).
- Os SSVV poderão ser mensurados de forma intermitente com aparelhos digitais ou manuais ou de forma contínua por meio de monitor multiparâmetros, a depender do estado clínico do paciente.
- O aprazamento para aferição dos SSVV será de acordo com a estabilidade, criticidade e o risco de deterioração clínica do paciente. Outros aprazamentos específicos ocorrerão à depender da realização de procedimentos (exemplos: intra e pós-operatório, hemotransfusão, administração de certos medicamentos, entre outros). O aprazamento deverá vir descrito na prescrição médica e/ou de enfermagem.
- O aprazamento para aferição e registro dos SSVV, bem como a identificação de sinais de deterioração clínica dos pacientes, poderão ser guiados por escalas: National Early Warning Score (NEWS), para pacientes adultos, Pediatric Early Warning Score (PEWS), para pacientes pediátricos e Modified Early Obstetric Warning System (MEOWS), para gestantes e puérperas.
  - ✓ Os escores da escala de deterioração clínica devem ser calculados pelos enfermeiros do setor e/ou pela equipe médica. A somatória da pontuação em cada parâmetro classificará o paciente em risco clínico baixo, moderado e alto.
  - ✓ Os pacientes críticos, independentemente do escore de classificação de risco, deverão estar com monitorização contínua e aferição dos SSVV com intervalos de 1 até 3 horas, a depender do julgamento clínico.
  - ✓ O uso de escalas para o aprazamento de registro dos SSVV é um complemento ao julgamento clínico. Não se sobrepõe. Consultar propostas (Apêndices A, B e C).

### Observação:

**NEWS 2:** Considera sete parâmetros, sendo eles: PA, FC, FR, T, SpO<sub>2</sub>, nível de consciência, suplementação de oxigênio (ANEXO A).

**PEWS:** Considera três parâmetros principais, sendo eles: FC, FR e Comportamento (ANEXO B).

**MEOWS:** Considera seis parâmetros, sendo eles: PA sistólica, PA diastólica, FC, FR, T e nível de consciência (ANEXO C).

- Os SSVV deverão ser registrados no aprazamento estabelecido e diante alterações dos padrões clínicos.
- O aprazamento dos SSVV poderão ser escalonados em horários de rotina:

Aprazamento	Horários Padrão
De 2 em 2 horas (2/2h)	16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06, 08, 10, 12, 14
De 3 em 3 horas (3/3h)	07, 10, 13, 16, 19, 22, 01, 04
De 4 em 4 horas (4/4h)	18, 22, 06, 10, 14
De 6 em 6 horas (6/6h)	20, 02, 08, 14
De 8 em 8 horas (8/8h)	16, 24, 08

- Os aprazamentos específicos para aferição e registro dos SSVV em pacientes no pós-operatório imediato (Sala de Recuperação Pós-Anestésica) e para a administração de hemocomponentes e hemoderivados são:

Pós-Operatório Imediato	
De 15 em 15 minutos	Na primeira HORA
De 30 em 30 minutos	Na segunda HORA
De 60 em 60 minutos	Na terceira HORA

Hemotransfusão	
✓	Imediatamente antes da intalação do hemocomponente/hemoderivado;
✓	10 minutos após o início da transfusão;
✓	Ao término da transfusão

- Os pacientes com instabilidade hemodinâmica ou com risco clínico alto deverão permanecer sob monitorização contínua, considerando o julgamento clínico do profissional. Com isso, mesmo que o registro dos sinais vitais estejam aprazados, é obrigatório que o profissional permaneça vigilante a quaisquer alterações no quadro clínico, garantindo uma observação constante e intervencionista.

### Controle de entrada e de saída

- Os controles de entrada e de saída a serem verificados são referentes a: medicações, soroterapias, hemoderivados, água e outros líquidos, dieta, diurese, êmese fezes, efluentes e outros.
- O controle de entradas e de saídas deverá ser aplicado a todos os pacientes hospitalizados.
- O balanço hídrico, por meio da contagem acurada e de subtração dos líquidos administrados e excretados pelo paciente, será indicado a depender do estado clínico do paciente.
- Os controles de entrada e de saída deverão ser registrados no momento que ocorrerem e/ou de acordo com o aprazamento estabelecido, a depender do objeto mensurado.

## **Registro de sinais vitais, de controles de entrada e saída e parâmetros respiratórios**

- Os registros dos valores dos SSVV, dos controles de entrada e saída e dos parâmetros ventilatórios deverão ser feitos na Folha de Sinais Vitais e Controles (APÊNDICE D).
- O registro das características, inconformidades, intervenções e respostas relacionados aos SSVV e aos controles de entrada e saída deverão ser detalhados no formulário de “Anotação de Enfermagem”.
- O registro analítico dos sinais vitais e dos controles de entrada e saída nas últimas 24 horas, a considerar parâmetros de variação mínima e máxima, a média, a estabilidade, a frequência, a duração; a ocorrência de inconformidades, as condutas tomadas e/ou as respostas, deverá ser descrito pelo enfermeiro na Evolução de Enfermagem pelo módulo eletrônico no AGHUX (Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários).

### **5.2 Preenchimento da Folha de Sinais Vitais e de Controles**

- A aplicação da Folha de Sinais Vitais e Controles é individual e obrigatória a todo paciente hospitalizado.
- A Folha de Sinais Vitais e Controles poderá ser preenchida de duas formas:
  - ✓ uma folha a cada 24 horas, para pacientes críticos, quando o aprazamento para a aferição dos SSVV é de até 2/2 horas e/ou quando há a indicação de realização de balanço hídrico;
  - ✓ de forma contínua até o completo preenchimento de todas as linhas para os demais pacientes.
- A Folha de Sinais Vitais e Controles está composta por partes (cabeçalho, sinais vitais, controles de entrada e saída e parâmetros ventilatórios) e deverá ser preenchida, assegurando que todas as informações sejam registradas sem omissões ou lacunas, conforme orientações a seguir. Nas situações de variáveis que NÃO SE APLICAM, inserir no campo o símbolo “ - ”.

#### **Cabeçalho**

❖ **Nome do paciente/Registro Geral (RG)/Data de Nascimento (DN)/Peso/Unidade/Leito:** os itens que compõem o cabeçalho da folha de sinais vitais são obrigatórios e deverão ser preenchidos de forma legível. O item “peso” não é obrigatório em unidades que não realizam o monitoramento constante ou a depender do quadro clínico do paciente.

❖ **Data:** ao aferir qualquer sinal vital, o profissional deve preencher o campo "data" com a identificação do dia, mês e ano de forma numérica, como, por exemplo: 14/11/2024.

❖ **Hora:** O campo de identificação do horário deve ser preenchido conforme o fuso horário de Brasília. Registrar o horário no formato de 24 horas, por exemplo: 8h ou 16:30h.

#### **Sinais Vitais**

❖ **Pressão Arterial (PA - mmHg):** o valor registrado deve seguir o formato exemplar: "120x60". O profissional deve considerar o histórico clínico do paciente, bem como as medicações de uso contínuo. Parâmetros de referência descritos no ANEXO D.

❖ **Pressão Arterial Média (PAM - mmHg):** deve ser mensurada utilizando os parâmetros fornecidos pelo monitor de cabeceira ou por meio da fórmula  $PAM = (2 \times \text{pressão diastólica} + \text{pressão sistólica}) / 3$ . O valor registrado deve seguir o formato expresso em números naturais. Intervalo de normalidade é entre 70 e 105 mmHg ou conforme alvo clínico prescrito.

- ❖ **Frequência Cardíaca (FC - bpm) ou Pulso Arterial (P – bpm):** o valor aferido deve ser registrado no formato em números naturais. Parâmetros de referência descritos no ANEXO E.
- ❖ **Temperatura (T - °C):** o valor aferido deve ser registrado no formato exemplar: "36,7". Parâmetros de referência descritos no ANEXO F.
- ❖ **Frequência Respiratória (FR - irpm):** o valor aferido deve ser registrado no formato expresso em números naturais. Parâmetros de referência descritos no ANEXO G.
- ❖ **Saturação periférica de oxigênio (SpO<sub>2</sub> - %):** o valor aferido deve ser registrado no formato expresso em porcentagem com números naturais. Parâmetros de referência descritos no ANEXO H.
- ❖ **Glicose (GLIC - mg/dL):** o valor mensurado deve ser registrado no formato expresso em números naturais. Esse parâmetro deve ser verificado quando prescrito e em casos que o paciente apresente sinais clínicos sugestivos de hipoglicemia ou hiperglicemia. Os parâmetros de referência se encontram nos ANEXOS I, J.
- ❖ **Dor:** a intensidade da dor deverá ser avaliada utilizando as escalas indicadas nos ANEXOS K, L e M, conforme perfil do paciente. O registro de ausência de dor deve ser realizado caso o paciente não apresente dor, desse modo o campo específico deve ser preenchido com o numeral zero "0".

**Observação:** a intensidade da dor em situações que o paciente apresente dor aguda de repetição ou dor crônica deve ser reavaliada até 1 hora após a intervenção (por exemplo: aplicação de analgesia) e registrada no prontuário do paciente. Preferencialmente, é necessário ser utilizado a mesma escala utilizada na avaliação inicial para que assim seja garantido uma consistência nos registros.

- ❖ **MEOWS/NEWS/PEWS:** especificar o tipo de escala de deterioração clínica, a depender do público, e inserir a pontuação do escore. Aplicar no momento da admissão na unidade, diariamente e quando observado alterações nos parâmetros (ANEXOS A, B e C).

### **Controles de entradas**

- ❖ **Medicações/Soro/Hemoderivados:** os volumes em infusões contínua e intermitente devem ser registrados em mL. Quando em infusão contínua, multiplicar o volume pelo intervalo do aprazamento prescrito, por exemplo, se a infusão é de 100 mL/h e o intervalo entre aferições é de 6 horas, o volume total infundido será 600 mL. A identificação nominal dos medicamentos/soro/hemoderivados deverá vir descritos na primeira linha das colunas afins.

**Observação:** quando realizadas medicações intermitentes, o profissional poderá registrar o volume total infundido no intervalo de tempo entre anotações em uma única coluna.

- ❖ **Água:** o volume total deve ser registrado em mL. O valor deve ser registrado no momento da ingestão/infusão. A identificação se a ingestão foi via oral ou enteral deverá ser descrita nominalmente na primeira linha da coluna.

**Observação:** a ingestão de líquidos (suco, leite, café, chá, entre outros) poderá ser registrada em outra coluna no campo "entradas".

- ❖ **Dieta:** a mensuração deve ser por observação direta. Nos casos em que não for possível, considerar as informações fornecidas pelo paciente ou acompanhante.

✓ O registro do tipo de dieta recebida pelo paciente (oral, enteral ou parenteral) deverá ser descrito na primeira linha da coluna "DIETA".

✓ A aceitação da dieta por via oral deverá ser registrada em porcentagem, conforme descrição no ANEXO N.

**Observação:** a descrição detalhada dos alimentos ingeridos e recusas deverá ser registrada no

formulário “Anotação de Enfermagem”.

✓ A infusão contínua ou intermitente da dieta por via enteral deverá ser expressa em mL. Quando em infusão contínua, multiplicar o volume pelo intervalo do aprazamento prescrito, por exemplo, se a infusão é de 50 mL/h e o intervalo entre aferições é de 4 horas, o volume total infundido a ser registrado será 200 mL.

**Observação:** nas situações de pausa ou interrupção, o motivo deve ser devidamente registrado no formulário de “Anotação de Enfermagem”.

### **Controle de Saídas**

❖ **Diurese:** O registro de diurese deverá conter as seguintes informações:

✓ *Formas de eliminação:* espontânea (esp.) se em fralda ou vaso sanitário; uropen; cateter vesical de demora (CVD) ou cistostomia.

✓ *Mensuração da Diurese:* o volume de diurese para pacientes com dispositivos com mensuração de volume como CVD, uropen ou cistostomia deverá ser registrado em mL. Já os pacientes com diurese em fralda, o registro considerará a descrição da quantidade a seguir:

0	Se ausente
+1	Se pequena quantidade
+2	Se média quantidade
+3	Se grande quantidade
+4	Se exacerbado

Quando necessário, e dependendo do quadro clínico ou da prescrição médica, realizar a pesagem de fraldas para mensuração da diurese. Os valores deverão estar expressos em gramas (g), subtraindo o peso seco da fralda.

**Observação:** a coloração da urina deverá ser descrita no formulário “Anotação de enfermagem”. Utilizar, preferencialmente, a escala de cores para padronização da coloração da urina (ANEXO O) como referência.

**Observação:** a diurese na bolsa coletora deverá ser desprezada sempre que o volume atingir 2/3 da capacidade da bolsa e ao final do plantão.

**Observação:** caso o paciente apresente um débito urinário <30mL/h, a equipe médica deverá ser comunicada e a intervenção registrada no formulário “Anotação de enfermagem”.

❖ **Fezes:** O registro deverá conter as seguintes informações:

✓ *Forma de eliminação:* eliminação espontânea (esp.) se em fralda ou em vaso sanitário; colostomia (colo); ileostomia (íleo), entre outros.

✓ *Presença ou ausência/Mensuração:* a presença e quantidade deverá ser registrada, seguindo os mesmos padrões utilizados para a diurese. A ausência deverá ser registrada com o numeral zero “0”.

**Considerações:** o formato das fezes deverá ser descrito no formulário “Anotação de Enfermagem”, preferencialmente, com base na Escala de Bristol (ANEXO P).

❖ **Êmese /drenagem gástrica:** O registro deverá conter as seguintes informações:

✓ *Presença/Mensuração:* a presença e quantidade de êmese deverá ser registrada quando ocorrer, seguindo os mesmos padrões utilizados na diurese. No caso de drenagem gástrica ou enteral por meio de cateter, o volume deverá ser expresso em “mL”, podendo ser registrado de acordo com os aprazamentos prescritos ou ao final de cada plantão.

**Considerações:** O aspecto e coloração da secreção drenada deverão vir descritos no formulário de “Anotação de Enfermagem”.

- ❖ **Drenos:** o registro deverá conter as seguintes informações, quando for o caso:
- ✓ *Tipo:* exemplos, tórax, sucção, laminar, tubo laminar, Kehr e outros.
- ✓ *Quantidade:* deverá ser informado a quantidade de líquido drenado em mL, podendo ser registrado de acordo com os aprazamentos prescritos ou ao final de cada plantão.

**Observação:** as características deverão ser registradas no formulário “Anotação de Enfermagem”. Os aspectos/cor da secreção drenada podem ser: sanguinolenta, serosa, sero-sanguinolenta, amarelada, purulenta, leitosa, esverdeada e outros.

**Observação:** se o paciente apresentar mais de um dreno, o profissional deverá utilizar a coluna em branco na “Folha de Sinais Vitais e Controles” para registrar as informações correspondentes ao segundo dreno, seguindo o mesmo formato de preenchimento.

### **Suporte/Parâmetros Ventilatórios**

❖ **Oxigênio (O<sub>2</sub>) Suplementar:** o registro do volume do oxigênio suplementar deverá ser realizado quando o paciente apresentar dispositivos não invasivos, como: cateter nasal, máscara facial simples, máscara facial não-reinalante, máscara de venturi, máscara de traqueostomia, entre outros. A descrição do dispositivo deverá vir no formulário “Anotação de Enfermagem”.

❖ **Parâmetros Respiratórios:** o profissional deve preencher este campo sempre que o paciente estiver em ventilação mecânica invasiva (VM) ou não invasiva (VNI). Os dados a serem preenchidos são:

- ✓ *Modo Ventilatório:* registrar a modalidade configurada no ventilador mecânico, podendo ser: Ventilação Controlada por Volume (VCV), Ventilação Controlada por Pressão (PCV) e Ventilação com Suporte de Pressão (PSV).
- ✓ *Pressão Positiva no Final da Expiração (PEEP):* informar a pressão ajustada, utilizada para manter as vias aéreas abertas ao final da expiração em cmH<sub>2</sub>O. O valor deve ser registrado no formato expresso em números naturais.
- ✓ *Fração Inspirada de Oxigênio (FiO<sub>2</sub>):* indicar a concentração de oxigênio fornecida ao paciente. O valor deve ser registrado em porcentagem (%).

## 6. PLANO DE AÇÃO

AGENTE	AÇÃO	NÃO CONFORMIDADE
Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar a escala de NEWS, PEWS ou MEOWS, a depender do perfil e idade do paciente, para o aprazamento dos sinais vitais, identificação de sinais de deterioração e norteio de condutas, no momento da admissão na unidade, diariamente e quando houver alterações nos padrões de normalidade dos sinais vitais. Registrar o escore na evolução e na folha “Verificação e Registro de Sinais Vitais e de Controles”.</li> </ul>	
Enfermeiro/ Técnico/Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir os sinais vitais e os controles de entrada e saída no aprazamento determinado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar ao enfermeiro as alterações encontradas.</li> <li>• O enfermeiro deverá correlacionar os sinais vitais aferidos com o quadro clínico do paciente e recalculer a escala de deterioração clínica.</li> <li>• O enfermeiro deverá seguir um plano de condutas a depender do escore de risco de deterioração clínica:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Se risco baixo a moderado</u>: implementar as medidas corretivas descritas na prescrição médica e reavaliar os sinais vitais após 1 hora. Se não houver medidas corretivas prescritas ou se permanecer o parâmetro alterado, comunicar a equipe médica para avaliação e reavaliar o plano de cuidados.</li> <li>- <u>Se risco moderado</u>: comunicar a equipe médica para avaliação e intervenções imediatas (em até 15 minutos); manter/providenciar o monitoramento a cada 1 hora ou contínuo dos SSVV; intervir e recalculer o escore de deterioração clínica após 1 hora.</li> <li>- <u>Se risco alto</u>: comunicar a equipe médica com urgência; manter/providenciar monitoramento contínuo dos SSVV; providenciar materiais para intervenção de emergência; intervir e recalculer o escore de deterioração clínica após 1 hora.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registrar os parâmetros aferidos e observados na folha “Verificação e Registro de Sinais Vitais e de Controles”.</li></ul>	
Enfermeiro/ Técnico/Auxiliar de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Registrar a realização da aferição dos SSVV, e se identificado alguma alteração de normalidade, descrever o achado, intervenções e respostas no formulário “Anotações de Enfermagem”.</li></ul>	
Enfermeiro e Responsável Técnico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Supervisionar o correto preenchimento dos parâmetros na folha “Verificação e Registro de Sinais Vitais e de Controles” e no formulário “Anotações de Enfermagem”.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No caso de falta de dados ou de preenchimento incorreto: ouvir a justificativa do profissional/equipe; identificar presença de fatores contribuintes; intervir, se for o caso; orientar a importância do cumprimento da norma e propor educação em serviço.</li><li>• Quando for um caso recorrente e não justificável, aplicar medidas administrativas cabíveis.</li></ul>

## 7. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN HEART ASSOCIATION; AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. **2025 AHA/ACC/ASH Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension**, v. 85, n. 7, p. 1254–1318, 2025. DOI: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.125.25418](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.125.25418)
2. AMERICAN HEART ASSOCIATION. Temperature Management in Critical Care: 2024 Update. **Circulation**, v. 149, n. 12, p. e450–e468, 2024. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001258
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Urgências e Emergências Clínicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/urgencias-e-emergencias>.
4. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. LEI N 7.498/86, DE 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**.
5. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
6. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de Recomendação para Registro de Enfermagem no Exercício da Profissão**. Brasília. COFEN, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Sinais%20Vitais/Registros-de-Enfermagem-no-Exercicio-da-Profissao.pdf>
7. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Anotações de enfermagem**. São Paulo. COREN-SP, 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anutacao-de-enfermagem.pdf>
8. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Anotações de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2022. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/anutacao-de-enfermagem.pdf>

9. DIVISÃO DE ENFERMAGEM. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. **Manual de registro de enfermagem**. Ribeirão Preto. Prefeitura de Ribeirão Preto, 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Sinais%20Vitais/Manual%20de%20Registro%20de%20Enfermagem%20-%20saude750202312.pdf>
10. FREIRE, G. M. G.; BERGAMASCHI, E. C. Q. A. **Guia do Episódio de Cuidado - Gerenciamento da Dor**. Hospital Albert Einstein, 13 jan. 2021. Revisado em 15 dez. 2023. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/gerenciamento-da-dor.pdf>.
11. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Escala de MEOWS**. Rio de Janeiro, 2024.
12. GOMES, C. O.; ALMEIDA, S. G. P.; SANTOS, L. M. C.; RODRIGUES, C. C. F. M. **Semiotécnica em enfermagem**. Natal, RN: EDUFRN, 2018.
13. HARTLEY, J. Taxa respiratória 2: anatomia e fisiologia da respiração. **Nursing Times**, 2018, v. 104, n. 6, p. 43-44.
14. INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA EM SAÚDE. MOSCOVITS, J.; FLORENTINO, T.;N; MARQUES, M. Protocolo Assistencial, PR.QAS.001, 23/02/23. **Deterioração Clínica**, 23 mar. 2023.
15. MACIEL, B.L., NUNES, F.C., PEREIRA, N.H.C., NASCIMENTO, P.D.F.S., PERIANEZ, C.A.H., CAETANO, E.P.S et al. Oxigenoterapia relacionada com a saturação periférica de oxigênio em pacientes na sala de recuperação anestésica. **Rev. Sobecc.**, São Paulo, abril./jun, v. 22, n. 2, p. 60-67, 2017.
16. MARTINEZ, A. P.; AZEVEDO, G.R. Tradução, adaptação cultural e validação da Bristol Stool Form Scale para a população brasileira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n.3, jun.2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000300021>
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativo, Nº 09/DGCG, 14/06/2003. **A Dor como 5º sinal vital**: Registo sistemático da intensidade da Dor, 25 nov. 2024.
18. MORETE, M. C.; MOFATTO, S.C.; PEREIRA, C. A.; SILVA, A. P.; ODIERNA, M. T. Tradução e adaptação cultural da versão portuguesa (Brasil) da escala de dor Behavioural Pain Scale. **Rev Bras Ter Intensiva.**, v. 26, n. 4, p. 373-378, 2014. Disponível em: 10.5935/0103-507X.20140057. Acesso em: 19 nov. 2024.
19. OLIVEIRA, G.N., NOGUEIRA, L.S., CRUZ, D.A.L.M. Efeito do National Early Warning Score no monitoramento dos sinais vitais de pacientes no pronto-socorro. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 56, 2022: e20210445
20. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. National Early Warning Score (NEWS): **standardizing the assessment of acute-illness severity in the NHS**, 2012.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025**, v. 125, n. 3, p. 1-78, 2025. Disponível em: [https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2025/09/2025-0624\\_Diretriz\\_Hipertensao\\_2025\\_port.x66747.pdf](https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2025/09/2025-0624_Diretriz_Hipertensao_2025_port.x66747.pdf).
22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Update2/2023**. Disponível em: <https://profissional.diabetes.org.br/diretriz-sbd-2022/> .DOI:10.29327/5238993
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Documento Científico Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e de Infectologia (2019-2021). **Manejo da Febre Aguda**.

2019. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/23229c-DC\\_Manejo\\_da\\_febre\\_aguda.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23229c-DC_Manejo_da_febre_aguda.pdf)
24. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Infectologia. **Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses.** Rio de Janeiro: SBP, 16 maio 2025. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/sbp/2025/maio/16/24896f-DC - Abordag Febre Aguda em Pediatria e Reflexoes VIRTUAL.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2025/maio/16/24896f-DC - Abordag Febre Aguda em Pediatria e Reflexoes VIRTUAL.pdf)
25. SOUSA, C.S.; ACUNA, A.A. Implantação dos protocolos NEWS e PEWS na unidade de recuperação anestésica. **Rev. SOBECC**, São Paulo, 2022: E2227789
26. TOLEDO, D. O., PIOVACARI, S. M. F., HORIE, L. M., NUNES DE MATOS, L. B., CASTRO, M. G., CENICCOLA, G. D., CORRÊA, F., et al. 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **BRASPEN Journal**, 33(1), 86-100, 2018. Disponível: <https://braspenjournal.org/article/63e28d4aa9539528341f30a5/pdf/braspen-33-1-86.pdf>
27. UPTODATE. **Definition and Measurement of Fever.** In: WRIGHT, P.; GOLDMAN, L. *UpToDate – Clinical Topics in Medicine.* Waltham, MA: UpToDate, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/definition-of-fever>. Acesso em: 7 out. 2025.

## 8. HISTÓRICO DE ELABORAÇÃO/REVISÃO

Versão	Data	Descrição da ação/atualização
1	10/2012	Elaboração da 1ª versão da Rotina
2	8/2014	Atualização de conteúdo
3	10/2016	Atualização de conteúdo
4	10/2/2020	Atualização de conteúdo e inserção em novo modelo
5	29/9/2025	Ampliação e atualização de conteúdo. Atualização da folha de sinais vitais e controles. Atualização de formato (Procedimento Operacional Padrão – POP) e inserção em novo modelo
6	14/11/2025	Atualização das referências, conforme novas diretrizes recentemente publicadas; revisão dos parâmetros, de acordo com tais publicações

## 9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

<p><b>Elaboração da versão atual (versão 6) – data: 7/10/2025</b> Thais Santos Guerra Stacciarini, enfermeira do Serviço de Educação em Enfermagem (SEE) da Divisão de Enfermagem (DENF) Eliane Viana Cardoso, enfermeira, pós-graduanda em Saúde do Idoso do Programa de Residência Multidisciplinar da UFTM</p> <p><b>Validação interna – data: 7/10/2025</b> Lana Jaya Silveira Cerqueira, enfermeira da Unidade de Urgência e Emergência Lidiane Carvalho Gontijo, enfermeira da Unidade da Saúde da Mulher</p> <p><b>Aprovação – data: 20/10/2025</b> Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da DENF</p> <p><b>Registro, validação de forma e revisão – data: 14/11/2025</b> Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p><b>Elaboração da versão 5 – data: 29/9/2025</b> Thais Santos Guerra Stacciarini, enfermeira do SEE/DENF Eliane Viana Cardoso, enfermeira, pós-graduanda em Saúde do Idoso do Programa de Residência Multidisciplinar da UFTM</p> <p><b>Validação técnica</b> Raquel Bessa Ribeiro Rosalino, chefe da Unidade de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente</p> <p><b>Aprovação</b> Ana Claudia de Moraes Faquim, chefe da DENF</p> <p><b>Registro, validação de forma e revisão</b> Ana Paula Corrêa Gomes, coordenadora da Comissão de Gestão da Qualidade Documental</p>
<p><b>Elaboração da versão 4 – data: 10/2/2020</b> Rosana Huppel Engel, enfermeira do SEE da Divisão de Enfermagem Talita Silva Alves Tibola, aluna do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde</p> <p><b>Registro, análise e revisão:</b> Ana Paula Corrêa Gomes, chefe da Unidade de Planejamento</p> <p><b>Aprovação</b> Mara Danielle Felipe Pinto Rodrigues, chefe da Divisão de Enfermagem</p>
<p><b>Elaboração da versão 3 – data: 10/2016</b> Daniela Galdino Costa, enfermeira do SEE da Divisão de Enfermagem</p> <p><b>Aprovação</b> Renata Maria Dias de Abreu, chefe da Divisão de Enfermagem</p>
<p><b>Elaboração da versão 2 – data: 8/2014</b> Daniela Galdino Costa, enfermeira do SEE de Divisão de Enfermagem</p> <p><b>Aprovação</b> Gilmar Rosa Silva, chefe da Divisão de Enfermagem</p>
<p><b>Elaboração da versão 1 – data: 10/2012</b> Marina Hygina Ribeiro Cunha, enfermeira do SEE da Divisão de Enfermagem</p> <p><b>Aprovação</b> Gilmar Rosa Silva, chefe da Diretoria de Enfermagem</p>

## 10. ANEXOS

### ANEXO A – Escala NEWS 2

#### Score

	NEWS						
	3	2	1	0	1	2	3
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
<b>Saturação de oxigênio (sem insuficiência respiratória hipercápica)</b>	≤91	92-93	94-95	≥96			
<b>Saturação de oxigênio (com insuficiência respiratória hipercápica)</b>	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 em ar	93-94 Com O <sub>2</sub>	95-96 com O <sub>2</sub>	≥97 com O <sub>2</sub>
<b>Oxigênio suplementar</b>		sim		não			
<b>Frequência cardíaca (bpm)</b>	≤40		41-50	51-90	91-100	111-130	≥131
<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	≤90	91-100	101-110	111-219			
<b>Temperatura (°C)</b>	≤35		35,1-36	36,1-38,0	38,1-39	≥39,1	
<b>Nível de Consciência</b>				Alerta			Responde a dor, voz ou não responde

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE, 2023.

## APÊNDICE A

### Uma Proposta de Aprazamento dos SSVV Baseada na Escala NEWS\*

Score	Risco	Aprazamento SSVV	Ações Frente a Inconformidades
Se pontuação 0	Risco clínico baixo	- Registro a cada 6-8 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir plano de cuidados pré-determinado.</li> </ul>
Se pontuação 1 a 2	Risco clínico baixo	- Registro a cada 6 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro.</li> <li>• Implementar as medidas corretivas descritas na prescrição médica. Se não houver medidas corretivas prescritas ou se permanecer o parâmetro alterado após 1 hora, comunicar a equipe médica para avaliação.</li> </ul>
Se pontuação 3 a 4	Risco clínico baixo a moderado	- Registro a cada 4 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro.</li> <li>• Implementar as medidas corretivas descritas na prescrição médica. Se não houver medidas corretivas prescritas ou se permanecer o parâmetro alterado após 1 hora, comunicar a equipe médica para avaliação.</li> </ul>
Se pontuação 5 a 6 Ou 3 em um único parâmetro	Risco clínico moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento contínuo ou a cada 1 hora.</li> <li>- Registro a cada 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro e equipe médica para avaliação e intervenções imediatas (em até 15 minutos).</li> <li>• Intervir e recalcular o escore de deterioração clínica após 1 hora.</li> </ul>
Se pontuação ≥7	Risco clínico alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento contínuo</li> <li>- Registro a cada 1 ou 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar a equipe médica para intervenções de urgência/emergência.</li> <li>• Manter/providenciar monitoramento contínuo dos SSVV.</li> <li>• Providenciar materiais para intervenção de emergência.</li> <li>• Intervir e recalcular o escore de deterioração clínica após 1 hora</li> </ul>

\* não sobrepõe ao julgamento clínico

## ANEXO B – Escala PEWS

### Score

Parâmetros fisiológicos	Idade	PEWS						
		3	2	1	0	1	2	3
Frequência cardíaca (por minuto)	<3m	≤89			90-159		180-219	≥220
	3m-1 anos	≤89			90-149		170-209	≥210
	1-4 anos	≤89			90-139		160-199	≥200
	5-11 anos	≤89			90-129		150-189	≥190
	12-15 anos	≤69			70-99		130-169	≥170
Frequência respiratória (por minuto)	<3m	≤25			30-59	60-74	≥79	
	3m-1 anos	≤20			25-49	59-63	≥69	
	1-4 anos	≤15			20-39	49-53	≥59	
	5-11 anos	≤15			20-29	39-48	≥49	
	12-15 anos	≤5			10-19	29-38	≥39	
Comportamento					Normal	Sonolento	Irritado	Confuso, letárgico, resposta reduzida à dor

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE TECNOLOGIA E SAÚDE, 2023.

## APÊNDICE B

### Uma Proposta de Aprazamento dos SSVV Baseada na Escala PEWS\*

Score	Risco	Aprazamento SSVV	Ações Frente a Inconformidades
Se pontuação 0	Risco clínico baixo	- Registro a cada 6 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir plano de cuidados pré-determinado.</li> </ul>
Se pontuação 1-2	Risco clínico baixo a moderado	- Monitoramento a cada 1 hora - Registro a cada 3 - 4 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro.</li> <li>• Implementar as medidas corretivas descritas na prescrição médica. Se não houver medidas corretivas prescritas ou se permanecer o parâmetro alterado após 1 hora, comunicar a equipe médica para avaliação.</li> </ul>
Se pontuação 3	Risco clínico moderado	- Monitoramento contínuo ou a cada 1 hora - Registro a cada 2 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro e equipe médica para avaliação e intervenções imediatas (em até 15 minutos).</li> <li>• Intervir e recalculer o escore de deterioração clínica após 30 minutos.</li> </ul>
Se pontuação ≥ 4	Risco clínico alto	- Monitoramento contínuo - Registro a cada 1 ou 2 horas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar a equipe médica para intervenções de urgência/emergência.</li> <li>• Manter/providenciar monitoramento contínuo dos SSVV.</li> <li>• Providenciar materiais para intervenção de emergência.</li> <li>• Intervir e recalculer o escore de deterioração clínica após 30 minutos</li> </ul>

\*não sobrepõe ao julgamento clínico

## ANEXO C – Escala MEOWS

### Escore

	3	2	1	0	1	2	3
<b>Frequência respiratória (rpm)</b>		≤8		09-14	15-20	21-29	≥30
<b>Frequência cardíaca (bpm)</b>		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
<b>Temperatura (°C)</b>		≤35,0		35,1 – 37,4		37,5-38,9	≥39
<b>Pressão sistólica (mmHg)</b>	≤70	71-79	80-89	90-139	140-149	150-159	≥160
<b>Pressão diastólica (mmHg)</b>			≤45	46-89	90-99	100-109	≥110
<b>Nível de Consciência</b>				Alerta			Qualquer alteração
<b>Débito urinário mL/h</b>	≤10	≤30		Não mensurado			

Fonte: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2024.

## APÊNDICE C

### Uma Proposta de Aprazamento dos SSVV Baseada na Escala MEOWS\*

Score	Risco	Aprazamento SSVV	Ações Frente a Inconformidades
Se pontuação 0	Risco clínico baixo	- Registro a cada 6 horas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosseguir atenção de rotina e protocolos aplicáveis na gestante, parturiente ou puérpera.</li> </ul>
Se pontuação 1 a 3	Risco clínico baixo a moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento a cada 1 hora.</li> <li>- Registro a cada 2 a 4 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro e o médico.</li> <li>• Implementar as medidas corretivas descritas na prescrição médica. Se não houver medidas corretivas prescritas, comunicar a equipe médica para avaliação e intervir.</li> <li>• Recalcular o escore de deterioração clínica após 1 hora.</li> </ul>
Se pontuação 4 e 5 Ou 3 em parâmetro único	Risco clínico moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento contínuo</li> <li>- Registro a cada 2 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar o enfermeiro e equipe médica para avaliação e intervenções imediatas (em até 15 minutos).</li> <li>• Recalcular o escore de deterioração clínica após 30 minutos.</li> </ul>
Se pontuação ≥ 6	Risco clínico alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoramento contínuo</li> <li>- Registro a cada 1 ou 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar a equipe médica para intervenções de urgência/emergência.</li> <li>• Manter/providenciar monitoramento contínuo dos SSVV.</li> <li>• Providenciar materiais para intervenção de emergência.</li> <li>• Intervir e recalcular o escore de deterioração clínica após 1 hora</li> </ul>

\*não sobrepõe ao julgamento clínico



### ANEXO D – Valores de Referência da Pressão Arterial

Classificação	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Normal limítrofe	120-129	< 80
Hipertensão leve (estágio 1)	140-159	80-89
Hipertensão moderada (estágio 2)	160-179	≥90
Hipertensão grave (estágio 3)	>180	e/ou > 120
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC), 2025

### ANEXO E – Valores de Referência da Frequência Cardíaca

	FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	BRADICARDIA (bpm)	TAQUICARDIA (bpm)
Lactente	120-160	<120	>160
Crianças de até 3 anos	90-140	<90	>140
Pré-escolar	80-110	<80	>110
Escolar	75-100	<75	>100
Adolescente	60-90	<60	>90
Adulto	60-100	<60	>100

Fonte: GOMES, 2018.

### ANEXO F – Valores de Referência de Temperatura Corporal

Categoria	(°C)	Observações
Hipotermia grave	≤27,0	Emergência vital, risco elevado de morte.
Hipotermia moderada	28,0 – 31,9	Alteração de consciência, risco de arritmia.
Hipotermia leve	32,0 – 35,9	Tremores, pele fria; em bebês pode surgir mais cedo devido à maior perda de calor.
Normotermia	36,0 – 37,2	Varia conforme o ritmo circadiano: mais baixa pela manhã e mais alta ao final da tarde/noite.
Estado febril	37,3 – 37,7	Pode ocorrer por exposição ao calor ambiental, insolação ou atividade física intensa.
Febre baixa	37,8 – 38,0	Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2025), considera-se febre a temperatura axilar ≥ 37,5 °C.
Febre moderada	38,1 – 39,0	Sugere processo infeccioso; requer atenção clínica.
Febre alta	39,1 – 40,0	Risco aumentado de convulsão febril em crianças pequenas.
Hiperpirexia	≥ 40,1	Urgência médica em qualquer idade; risco neurológico importante.

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2025; BRASIL, 2023, UPTODATE, 2024

### ANEXO G – Valores de Referência da Frequência Respiratória

Idade	Eupneico	Bradipneico	Taquipneico
< 1 ano	30 a 60	<30	>60
1 a 3 anos	24 a 40	<24	>40
4 a 5 anos	22 a 34	<22	>34
6 a 12 anos	18 a 30	<18	>30
13 a 18 anos	12 a 16	<12	>16
Adulto	12 a 20	<12	>20

Fonte: HATLHER, 2018; BRASIL, 2017

### ANEXO H - Saturação Periférica de Oxigênio (SpO2)

Normal	95% a 100%	<b>Considerações</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Durante a prática de atividade física, é normal que ocorram pequenas quedas nos níveis de oxigênio.</li><li>• Pessoas com deficiências respiratórias crônicas, como DPOC ou asma, podem ter saturação em torno de 90%.</li><li>• Doenças como anemia, enfisema ou problemas cardíacos também podem provocar uma taxa reduzida de saturação de oxigênio.</li></ul>
Hipóxia leve	91% a 94%	
Hipóxia moderada	86% a 90%	
Hipóxia severa	Abaixo de 86%	

Fonte: MACIEL, et al (2017)

### ANEXO I - Valores de Referência da Glicemia para Pessoas Não Diabéticas

Idade	Glicemia pré- prandial (mg/dL)	Glicemia pós-prandial (mg/dL)	HbA1C (%)
Menor de 6 anos	100 a 180	110 a 200	Entre 7,5 a 8,5
De 6 a 12 anos	90 a 180	100 a 180	Menor de 8
De 13 a 19 anos	90 a 130	90 a 150	Entre 7 e 7,5
Adultos	<100	<160	<7
Acima de 65 anos	<180	<180	<8

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2023.

### ANEXO J - Valores de Referência da Glicemia para Idosos e Pessoas com diabetes

	Paciente DM1 e DM2	Idoso Saudável	Idoso comprometido (Frágil)	Idoso Muito Comprometido	Criança e Adolescente
HbA1C (%)	<7,0	<7,5	<8,0	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	<7,0
Glicemia de jejum e pré- prandial	80-130	80-130	90-150	100-180	70-130
Glicemia 2h pós-prandial	<180	<180	<180		<180
Glicemia ao deitar	90-150	90-150	100-180	110-200	90-150

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2023.

### Subdivisões entre Tipos de Idosos para Avaliação da Glicemia

IDOSO		
Saudável	Comprometido	Muito Comprometido
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poucas comorbidade crônicas</li> <li>• Estado funcional preservado</li> <li>• Estado cognitivo preservado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiplas comorbidades crônicas</li> <li>• Comprometimento funcional leve a moderado</li> <li>• Comprometimento cognitivo moderado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doença terminal</li> <li>• Comprometimento funcional grave</li> <li>• Comprometimento cognitivo grave</li> </ul>

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2023.

### ANEXO K– Escalas de Dor: Indicações e Descrições

ESCALAS	INDICAÇÃO	DESCRIÇÃO
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (ANEXO O)	Recém- nascidos a termo e pré-termo	A escala é composta por 5 parâmetros comportamentais e 1 indicador fisiológico, sendo eles: expressão facial, choro, respiração, braços, pernas e estados de alerta. O profissional deverá pontuar de 0 a 2 cada item conforme comportamento apresentado pela recém-nascido.
Escala Verbal Numérica	Adultos e Crianças Alfabetizados	O paciente deve estimar a intensidade de sua dor em uma escala de 0 a 10, onde 0 indica "nenhuma dor" e 10 representa a "maior dor imaginável ou sentida".
Escala de Faces	Adultos e crianças acima de 3 anos.	A escala apresenta categorias de descritores visuais, utilizando expressões faciais para mensurar diferentes intensidades de dor. Ela é composta por imagens de faces com diversas expressões, permitindo que o paciente escolha aquela que melhor representa seu nível ou intensidade de dor atual. Em seguida, essa escolha é convertida para a Escala Numérica de Dor.
Behavioural Pain Scale (BPS) (ANEXO P)	Adultos sedados/ ventilação mecânica.	A escala BPS considera três parâmetros: expressão facial, movimentos corporais e tolerância à ventilação mecânica. Cada parâmetro pode ser pontuado de 1 a 4. O escore final pode variar de 3, indicando ausência de dor, até 12, que representa a dor máxima.

Fonte: ANTUNES; NASCIMENTO, 2013; FREIRE, 2023.

### ANEXO L – Escalas de Dor: NIPS

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
1) Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2) Choro	Ausente	*Resmungos*	Vigoroso
3) Respiração	Relaxada	Diferente da basal	—
4) Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	—
5) Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	—
6) Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	—

Fonte: ANTUNES; NASCIMENTO, 2013.

### ANEXO M - Escala de Dor: BPS

Item	Descrição	Escore
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente tensa (por exemplo, abaixa a sobrancelha)	2
	Totalmente tensa (por exemplo, fecha os olhos)	3
	Faz careta: presença de sulco perilabial, testa franzida e pálpebras ocluídas	4
Membros superiores	Sem movimento	1
	Com flexão parcial	2
	Com flexão total e flexão de dedos	3
	Com retração permanente: totalmente contraído	4
Adaptação à ventilação mecânica	Tolera movimentos	1
	Tosse com movimentos	2
	Briga com o ventilador	3
	Incapaz de controlar a ventilação mecânica	4
Total		

Fonte: MORETE *et al.*, 2014.

### ANEXO N - Escala de Consumo Alimentar



**Anote a quantidade mais próxima do que você consumiu de cada refeição**

<b>Café da Manhã:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
<b>Lanche da Manhã:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
<b>Almoço:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
<b>Lanche da Tarde:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
<b>Jantar:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%
<b>Ceia:</b>	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 25%	<input type="checkbox"/> 50%	<input type="checkbox"/> 75%	<input type="checkbox"/> 100%

Fonte: TOLEDO *et al.*, 2018.

## ANEXO O – Escala de escala de cores para padronização da coloração da urina

	<b>TRANSPARENTE</b> Talvez beba água em exagero!		<b>ESPUMA OU EFERVESCENTE</b> Se for persistente no tempo, indica excesso de proteína na dieta ou problema renal.
	<b>AMARELO PALHA MUITO CLARO</b> Normal		<b>LARANJA</b> Pode ser falta de água ou pigmentos da comida. Se persistir, pode ser problema de fígado ou vesícula.
	<b>AMARELO TRANSPARENTE</b> Normal		<b>ROSADA / AVERMELHADA</b> Pode ser da comida. Se persistir, pode ser problema de fígado, vesícula, rim, próstata, infecção ou tumor renal.
	<b>AMARELO ESCURO</b> Normal, mas precisa beber mais água.		<b>ACASTANHADA</b> Desidratação severa ou problema de fígado.
	<b>ÂMBAR OU MEL</b> Está desidratado. Beba água!		<b>AZULADO OU ESVERDEADO</b> Pode ser da comida, medicação, ou uma infecção bacteriana.

Fonte: Secretaria de Saúde do Governo da Bahia.

<https://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/cordaurina/>

### ANEXO P - Escala de Bristol

ESCALA DE BRISTOL		
<b>Tipo 1</b>	Pequenos fragmentos duros, semelhantes a nozes.	
<b>Tipo 2</b>	Em forma de salsicha, mas com grumos.	
<b>Tipo 3</b>	Em forma de salsicha, com fissuras à superfície.	
<b>Tipo 4</b>	Em forma de salsicha ou cobra (mais finas), mas suaves e macias.	
<b>Tipo 5</b>	Fezes fragmentadas, mas em pedaços com contornos bem definidos e macias.	
<b>Tipo 6</b>	Em pedaços esfarrapados.	
<b>Tipo 7</b>	Líquidas.	

Fonte: MARTINEZ, 2012