

Classificação de risco em pediatria — a gravidade chega a qualquer porta

Como reconhecer, estabilizar e encaminhar a criança grave que chega ao consultório, e como orientar com segurança a que volta para casa

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. Por que o consultório também recebe a criança grave
2. Avaliação em 30 segundos: o Triângulo de Avaliação Pediátrica
3. Sinais gerais de perigo
4. O semáforo do NICE para febre em menores de 5 anos
5. Sinais vitais por idade
6. Escalas de triagem e escores de alerta
7. Estrutura mínima do consultório para a emergência
8. Como encaminhar com segurança
9. A rede de segurança para quem vai para casa
10. Como usar os documentos desta área
11. Fontes

EM RESUMO

A criança grave não escolhe a porta de entrada: sepse, meningite, choque, insuficiência respiratória e anafilaxia chegam também ao consultório, muitas vezes numa fase inicial e inespecífica. Os inquéritos confidenciais sobre mortes infantis no Reino Unido e os estudos sobre doença meningocócica mostram que o atraso no reconhecimento da gravidade é um fator evitável recorrente. O pediatra precisa de um roteiro curto e reprodutível: primeiro a impressão geral em 30 segundos (Triângulo de Avaliação Pediátrica), depois os sinais gerais de perigo da AIDPI, os sinais vitais comparados aos valores da idade, a oximetria e, na criança febril menor de 5 anos, o semáforo do NICE. A criança com qualquer sinal vermelho deve ser estabilizada e encaminhada ao pronto-socorro com comunicação direta e transporte adequado (SAMU 192 quando instável). A criança com sinais amarelos precisa de reavaliação próxima ou encaminhamento; a que vai para casa sai com orientação escrita sobre sinais de alarme e quando voltar. Este documento abre a área e explica o semáforo  usado em todos os temas.

1. Por que o consultório também recebe a criança grave

A maioria das consultas é por doença aguda autolimitada, o que torna difícil reconhecer a exceção: a doença grave costuma começar como uma virose comum, e a janela para o diagnóstico precoce é curta.

- **Doença meningocócica.** No estudo de Thompson e colaboradores (Lancet, 2006), com crianças e adolescentes do Reino Unido, os sinais clássicos (exantema hemorrágico, meningismo, alteração de consciência) surgiram tarde, com mediana de 13 a 22 horas do início. Já 72% tiveram sinais precoces de sepse (dor nas pernas, mãos e pés frios, cor anormal da pele), com mediana de 8 horas. Apenas 51% foram encaminhados ao hospital na primeira consulta. A maioria tinha apenas sintomas inespecíficos nas primeiras 4 a 6 horas e estava próxima da morte em 24 horas.
- **Inquérito confidencial "Why Children Die" (CEMACH, 2008).** O piloto analisou os óbitos de crianças de 28 dias a 17 anos ocorridos em 2006 na Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte. Nos casos revisados em profundidade por painéis multidisciplinares, foram identificados fatores potencialmente evitáveis em cerca de um quarto (31 de 119). Entre os temas recorrentes: falha em reconhecer a gravidade da doença, observação inadequada, não seguimento de diretrizes publicadas e pais tranquilizados apesar de preocupação persistente. O relatório recomendou escores padronizados de alerta precoce e a manutenção de competência pediátrica na atenção primária.
- **Brasil.** Não localizamos um inquérito confidencial nacional equivalente. A letalidade média da doença meningocócica no país é de cerca de 20%, podendo ser maior em surtos (nota

técnica SBIm, 2025), e os menores de 1 ano concentram as maiores taxas de incidência. A vigilância de óbitos infantis e fetais pelos comitês municipais e estaduais é a ferramenta local para identificar atrasos evitáveis.

A lição prática: o reconhecimento depende de um método aplicado a toda criança doente, inclusive a que parece "só resfriada", e a preocupação dos pais deve ser tratada como dado clínico.

2. Avaliação em 30 segundos: o Triângulo de Avaliação Pediátrica

O Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP), difundido pelos cursos PEPP (AAP) e PALS (AHA), é uma avaliação visual e auditiva, sem tocar na criança, feita da porta do consultório ou no colo dos pais. Ele não dá diagnóstico: dá a categoria fisiológica e a urgência.

LADO DO TRIÂNGULO	O QUE OBSERVAR	SINAIS DE ANORMALIDADE
Aparência (TICLS)	Tônus, Interação, Consolabilidade, oLhar, fala ou choro (Speech)	Hipotonia, desinteresse pelo ambiente, choro inconsolável ou fraco, olhar vago, não fixa nem segue
Trabalho respiratório	Ruídos, posição, retrações, batimento de asa do nariz	Estridor, sibilo audível, gemência; posição de tripé ou de "cheirar"; tiragem subcostal, intercostal ou de fúrcula
Circulação da pele	Cor da pele e mucosas	Palidez, pele marmórea (rendilhada), cianose

A combinação dos três lados sugere a categoria fisiológica (Dieckmann e colaboradores, 2010):

- Só trabalho respiratório alterado: **desconforto respiratório**.
- Aparência e trabalho respiratório alterados: **insuficiência respiratória**.
- Só circulação alterada: **choque compensado**.
- Aparência e circulação alteradas: **choque descompensado**.
- Só aparência alterada, com respiração e circulação normais: **disfunção do sistema nervoso central ou metabólica** (pensar em hipoglicemia, intoxicação, pós-ictal, meningite).
- Os três lados alterados: **falência cardiopulmonar** — intervenção imediata.

A aparência é o lado mais importante: reflete oxigenação, perfusão e função cerebral. Qualquer lado alterado leva à avaliação primária (ABCDE) imediata, com sinais vitais, oximetria e glicemia capilar, antes de completar a anamnese.

3. Sinais gerais de perigo

A Estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), adaptada pelo Ministério da Saúde a partir do IMCI da OMS, define sinais gerais de perigo que devem ser pesquisados em **toda** criança doente de 2 meses a 5 anos, qualquer que seja a queixa. No manual brasileiro AIDPI Criança (2017) são:

1. Não consegue beber nem mamar no peito.
2. Vomita tudo o que ingere.
3. Teve convulsões ou movimentos anormais nas últimas 72 horas.
4. Está letárgica ou inconsciente.
5. Tempo de enchimento capilar maior que 2 segundos.
6. Batimento de asa do nariz e/ou gemência.

Os quatro primeiros correspondem aos sinais gerais de perigo clássicos do IMCI; os dois últimos foram incorporados na versão brasileira. A presença de **qualquer** um classifica a criança como **doença muito grave**: completar rapidamente a avaliação, iniciar o tratamento indicado antes da referência e encaminhar com urgência ao hospital. A AIDPI também define respiração rápida como $FR \geq 50/\text{min}$ de 2 a 12 meses e $\geq 40/\text{min}$ de 1 a 5 anos.

No lactente menor de 2 meses os critérios são próprios (AIDPI Neonatal) e o limiar para encaminhar é mais baixo: dificuldade para mamar, convulsão, taquipneia, tiragem grave, hipotermia ou febre, letargia e icterícia precoce ou extensa merecem avaliação hospitalar.

4. O semáforo do NICE para febre em menores de 5 anos

A diretriz NICE NG143 (*Fever in under 5s: assessment and initial management*, 2019, atualizada em 2021) substituiu a CG160 e mantém o sistema de semáforo para estimar o risco de doença grave na criança febril. Resumo:

DOMÍNIO	● VERDE — BAIXO RISCO	● ÂMBAR — RISCO INTERMEDIÁRIO	● VERMELHO — ALTO RISCO
Cor	Pele, lábios e língua de cor normal	Palidez relatada pelos pais	Pálida, marmórea, acinzentada ou cianótica
Atividade	Responde normalmente, sorri, fica acordada ou desperta rápido, choro forte ou não chora	Não responde normalmente, não sorri, só acorda com estímulo prolongado, atividade diminuída	Não responde a estímulos sociais, parece doente ao profissional, não acorda ou não se mantém acordada, choro fraco, agudo ou contínuo
Respiratório	—	Batimento de asa do nariz; FR > 50/min (6 a 12 meses) ou > 40/min (> 12 meses); SpO2 ≤ 95% em ar ambiente; estertores	Gemência; FR > 60/min; tiragem moderada ou grave
Circulação e hidratação	Pele e olhos normais, mucosas úmidas	Taquicardia (> 160 bpm < 1 ano; > 150 bpm 1 a 2 anos; > 140 bpm 2 a 5 anos); TEC ≥ 3 s; mucosas secas; dificuldade para mamar; diurese reduzida	Turgor cutâneo reduzido
Outros	Nenhum sinal âmbar ou vermelho	Idade 3 a 6 meses com T ≥ 39 °C; febre ≥ 5 dias; calafrios; edema de membro ou articulação; não apoia ou não usa um membro	Idade < 3 meses com T ≥ 38 °C (critério NICE; SBP: febre = axilar ≥ 37,5 °C); exantema que não desaparece à pressão; fontanela abaulada; rigidez de nuca; estado de mal epiléptico; sinais neurológicos focais; convulsão focal

Condutas do NICE na avaliação presencial:

- **Qualquer sinal vermelho:** encaminhar com urgência para avaliação pediátrica especializada; se houver risco imediato de vida, acionar o serviço de emergência.
- **Qualquer sinal âmbar sem diagnóstico definido:** oferecer rede de segurança ou encaminhar para avaliação pediátrica.
- **Somente sinais verdes:** tratamento em casa com orientação sobre quando procurar ajuda.

Observe que o NICE usa TEC ≥ 3 s como sinal âmbar, enquanto a AIDPI brasileira considera TEC > 2 s sinal geral de perigo. Na prática, TEC prolongado com taquicardia, extremidades frias ou alteração de aparência deve ser tratado como choque até prova em contrário.

5. Sinais vitais por idade

Valores de referência adotados pelo PALS (AHA, 2020). Interprete sempre com a criança calma, sem choro, e considerando febre, dor e ansiedade (cada 1 °C de febre eleva a FC).

IDADE	FR (IRPM)	FC ACORDADO (BPM)	PA SISTÓLICA — HIPOTENSÃO SE ABAIXO DE
Recém-nascido (0 a 28 dias)	30–53	100–205	60 mmHg
Lactente (1 a 12 meses)	30–53	100–180	70 mmHg
1 a 2 anos	22–37	98–140	70 + (2 × idade em anos) mmHg
Pré-escolar (3 a 5 anos)	20–28	80–120	70 + (2 × idade em anos) mmHg
Escolar (6 a 10 anos)	18–25	75–118	70 + (2 × idade em anos) mmHg
Adolescente (> 10 anos)	12–20	60–100	90 mmHg

Pontos de interpretação:

- **Taquicardia persistente sem explicação** (febre controlada, criança calma) é um sinal precoce de choque. A hipotensão é tardia na criança: quando aparece, o choque já é descompensado.
- **Bradicardia em criança doente** é sinal pré-parada, em geral por hipóxia.
- **Bradipneia ou respiração irregular** numa criança que estava taquipneica pode indicar fadiga, não melhora.
- **Oximetria de pulso:** SpO₂ ≤ 95% em ar ambiente é sinal âmbar no semáforo do NICE; SpO₂ persistentemente abaixo de 92% indica oxigênio e encaminhamento hospitalar. Em doença respiratória, os limiares de oxigenoterapia variam entre as diretrizes (90% a 92%) e são detalhados nos documentos de cada tema; na pneumonia, a conduta adotada é tratar em casa só com SpO₂ ≥ 95% (92–94%: observação/reavaliação em serviço; < 92%: internação).
- **Glicemia capilar** em toda criança com alteração de consciência, convulsão, vômitos persistentes ou aparência toxemiada.

6. Escalas de triagem e escores de alerta

Os serviços de urgência usam escalas estruturadas para definir prioridade. Não foram feitas para o consultório, mas conhecer sua lógica ajuda a comunicar a gravidade ao encaminhar.

- **Protocolo de Manchester:** cinco níveis de prioridade (vermelho, laranja, amarelo, verde, azul), com fluxogramas por queixa e discriminadores. É o mais usado nos prontos-socorros brasileiros.

- **ESI (Emergency Severity Index):** cinco níveis, norte-americano; combina risco de vida, sinais vitais por idade e recursos previstos.
- **CTAS pediátrica (PaedCTAS):** versão pediátrica da escala canadense de cinco níveis, com modificadores de sinais vitais e o TAP como primeiro passo.
- **Acolhimento com Classificação de Risco (Ministério da Saúde, HumanizaSUS):** publicado em 2009, propõe classificação por cores — vermelho (atendimento imediato), amarelo (prioridade), verde (não urgente, mas precisa de avaliação) e azul (menor complexidade) — e recomenda áreas pediátricas separadas. Cada serviço adapta seu protocolo.
- **PEWS (Paediatric Early Warning Scores):** escores de alerta precoce para crianças internadas, que somam pontos por FR, FC, esforço respiratório, SpO2, oxigênio necessário, TEC, PA e preocupação da equipe. O ensaio EPOCH (JAMA, 2018), em 21 hospitais e mais de 144 mil altas, não mostrou redução da mortalidade geral com o Bedside PEWS, mas reduziu eventos de deterioração clínica significativa. O ILCOR sugere (recomendação fraca) seu uso em crianças hospitalizadas, dentro de um sistema de resposta.

O que é útil no consultório: nenhuma dessas escalas precisa ser aplicada formalmente. O que se transfere para a prática é o método: TAP na porta, sinais gerais de perigo, sinais vitais completos (incluindo SpO2) comparados à tabela da idade e registro em prontuário. Se a secretária ou a enfermagem recebe a criança, vale um fluxo simples de "passar na frente" para quem tem dificuldade para respirar, convulsão, letargia, palidez intensa ou manchas na pele, e para lactentes pequenos com febre.

7. Estrutura mínima do consultório para a emergência

A Academia Americana de Pediatria atualizou em 2026 sua política de preparo para emergências no consultório (*Preparation for Pediatric Emergencies in the Office*, declaração de política e relatório técnico, Pediatrics), substituindo a de 2007. A declaração se apoia em três eixos: **avaliação estruturada** do risco de cada consultório (perfil dos pacientes, equipe, tempo de resposta do serviço de emergência), **protocolos definidos** para as emergências mais comuns (desconforto respiratório, convulsão, anafilaxia, crise de saúde mental) e para acionar o serviço móvel, e **treinamento da equipe** (suporte básico de vida para todos, avançado conforme o cenário, simulações periódicas). Segundo os resumos publicados, a lista de medicamentos inclui salbutamol, adrenalina, dexametasona e naloxona; confira o texto integral antes de adotá-la.

No Brasil, a Resolução CFM 2.056/2013 define itens mínimos para o funcionamento de consultórios; para o consultório sem procedimentos sob sedação, a exigência legal de material de reanimação é limitada. A estrutura abaixo é, portanto, recomendação de boa prática:

- **Oxigênio:** cilindro com fluxômetro, cateter nasal e máscaras (com reservatório) em tamanhos pediátricos.

- **Oxímetro de pulso** com sensores para lactente e criança.
- **Bolsa-válvula-máscara (ambu)**: bolsa pediátrica (cerca de 450–500 mL) e de adulto, máscaras transparentes de tamanhos neonatal, lactente, criança e adulto; cânulas orofaríngeas de vários tamanhos.
- **Aspirador** (portátil ou de parede) com sondas.
- **Adrenalina 1 mg/mL** para anafilaxia: 0,01 mg/kg (0,01 mL/kg) por via intramuscular na face anterolateral da coxa, máximo 0,3 mg por dose na criança e 0,5 mg no adolescente, podendo repetir em 5 a 15 minutos. Autoinjeter: 0,15 mg abaixo de 30 kg; 0,3 mg a partir de 30 kg. Tenha a dose calculada por faixa de peso afixada no kit.
- **Salbutamol spray com espaçador** (e máscara para menores), para crise de broncoespasmo.
- **Corticoide oral** (dexametasona ou prednisolona) para crupe e asma.
- **Glicosímetro** e fonte de glicose (solução oral ou glicose hipertônica, conforme a estrutura).
- **Benzodiazepínico** para crise convulsiva, se a equipe estiver habilitada (via conforme protocolo local).
- Fita ou tabela de doses por peso, lista de telefones (SAMU 192, pronto-socorro de referência), cronograma de checagem de validade e simulações periódicas.

8. Como encaminhar com segurança

Encaminhar não é apenas "mandar ao hospital". Uma transferência segura tem quatro etapas:

1. **Estabilizar o que for possível no consultório**: posição confortável (no colo dos pais para a criança com desconforto respiratório), oxigênio se SpO2 baixa ou sinais de choque, adrenalina IM na anafilaxia, salbutamol na crise de broncoespasmo, glicose na hipoglicemia, controle da convulsão. Não retardar a transferência para obter acesso venoso ou exames.
2. **Escolher o transporte**: criança instável (alteração de consciência, insuficiência respiratória, choque, convulsão que não cede, anafilaxia) vai de **SAMU 192**, não em carro particular. A criança estável com sinal de alerta pode ir com os pais, orientados a seguir diretamente ao serviço.
3. **Comunicar ao serviço receptor**: contato telefônico com o plantonista, com informação estruturada (identificação, idade e peso, problema principal, sinais vitais e SpO2, o que foi feito e a resposta, o que se espera).
4. **Enviar documentação**: relatório com horário, sinais vitais, medicações com dose e horário, hipótese diagnóstica, exames já feitos e telefone do pediatra.

Registre no prontuário a orientação dada e o meio de transporte escolhido.

9. A rede de segurança para quem vai para casa

A rede de segurança (*safety-netting*) é o conjunto de medidas que protege a criança cuja doença pode evoluir após a consulta. O NICE recomenda que, na presença de qualquer sinal ambar sem diagnóstico definido, o profissional ofereça rede de segurança ou encaminhe. A rede de segurança deve incluir uma ou mais destas medidas:

- Informação **verbal e escrita** sobre sinais de alerta e sobre como obter novo atendimento.
- **Retorno programado** em data e local definidos.
- Articulação com outros serviços (plantão, pronto-atendimento) para acesso direto, se necessário.

Para a criança febril que vai para casa, o NICE orienta os pais a procurar atendimento se a criança tiver convulsão, apresentar manchas na pele que não desaparecem à pressão, parecer mais doente, tiver febre por 5 dias ou mais, ou se os pais estiverem angustiados ou sentirem que não conseguem cuidar da criança.

Na prática do consultório:

- Diga explicitamente **o que é esperado** (duração provável da febre e dos sintomas) e **o que não é esperado**.
- Entregue a orientação por escrito (folheto ou mensagem) e, se possível, verifique o entendimento.
- Defina um prazo concreto de reavaliação ("se não melhorar em 48 horas, retorne"), em vez de "se piorar, volte".
- Considere o contexto (distância do serviço, transporte, experiência dos pais, consulta repetida pelo mesmo problema): contexto desfavorável reduz o limiar para observar ou encaminhar.

10. Como usar os documentos desta área

Cada documento da área **Patologias do consultório** tem a mesma estrutura: resumo, apresentação clínica, classificação de gravidade, diagnóstico, tratamento em casa, critérios de encaminhamento, orientações para a família e comparação entre as referências (SBP e Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford e Cambridge, AEP).

A classificação de gravidade usa sempre o mesmo semáforo:

-  **Leve:** tratamento domiciliar e retorno programado.
-  **Moderada:** tratamento com reavaliação próxima (24 a 48 horas); observação no consultório ou no pronto-socorro conforme o caso.

- **Grave:** encaminhar ao pronto-socorro ou hospital, com orientação sobre como fazê-lo (estabilizar, oxigênio, acesso, transporte).

O semáforo de cada tema não substitui a avaliação geral descrita aqui: um sinal geral de perigo, um TAP alterado ou um sinal vermelho do NICE colocam a criança no ●, qualquer que seja o diagnóstico. Os critérios específicos (FR por idade, SpO₂, hidratação, idade menor que 3 meses, comorbidades) refinam a classificação dentro de cada doença. Os fatores de risco listados em cada documento (prematuridade, doença crônica, imunodeficiência, contexto social) devem deslocar a decisão para o nível de maior cuidado.

PONTOS PRÁTICOS

1. Aplique o Triângulo de Avaliação Pediátrica a toda criança doente, antes de tocá-la: aparência alterada é o sinal mais importante.
2. Pesquise sempre os sinais gerais de perigo da AIDPI e meça FR, FC, TEC, temperatura e SpO₂, comparando com a tabela da idade; taquicardia inexplicada e TEC prolongado podem ser os únicos sinais do choque inicial.
3. Na criança febril menor de 5 anos, classifique pelo semáforo do NICE; lactente menor de 3 meses com febre (axilar $\geq 37,5$ °C, SBP; NICE: ≥ 38 °C) é sinal vermelho.
4. Mantenha kit de emergência checado (oxigênio, oxímetro, ambu com máscaras de vários tamanhos, adrenalina 1 mg/mL, salbutamol com espaçador, glicosímetro) e treine a equipe.
5. Criança instável vai de SAMU 192, após estabilização inicial e contato com o serviço receptor, com relatório escrito.
6. Quem vai para casa sai com rede de segurança: sinais de alerta por escrito, prazo de reavaliação e caminho claro para novo atendimento; valorize a preocupação dos pais.

11. Fontes

- NICE. Fever in under 5s: assessment and initial management (NG143), 2019, atualizada em 2021. [nice.org.uk/guidance/ng143](https://www.nice.org.uk/guidance/ng143) e [Recomendações](#)
- Ministério da Saúde / OPAS. Manual de Quadros de Procedimentos AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos, 2017. bvsms.saude.gov.br
- Ministério da Saúde / OPAS. Manual AIDPI Criança: 2 meses a 5 anos, 2017. [Cópia em subpav.org](#)

- OMS. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) — distance learning modules, 2014. who.int
- Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência (HumanizaSUS), 2009. bvsmms.saude.gov.br
- Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The Pediatric Assessment Triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. Pediatric Emergency Care, 2010. [PDF](#)
- American Heart Association. PALS Provider Manual, 2020 (valores de sinais vitais por idade; obra de referência).
- Thompson MJ, Ninis N, Perera R e colaboradores. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet, 2006. [Resumo](#)
- Pearson GA (ed.). Why Children Die: a pilot study 2006. CEMACH, 2008. [PDF](#)
- Parshuram CS e colaboradores. Effect of a Pediatric Early Warning System on all-cause mortality in hospitalized pediatric patients: the EPOCH randomized clinical trial. JAMA, 2018. jamanetwork.com
- ILCOR. Pediatric Early Warning Systems (PEWS) — Consensus on Science with Treatment Recommendations. costr.ilcor.org
- American Academy of Pediatrics. Preparation for Pediatric Emergencies in the Office: Policy Statement and Technical Report. Pediatrics, 2026. [Resumo de notícia](#)
- Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.056/2013. cfm.org.br
- Sociedade Brasileira de Imunizações. Nota técnica — Doença meningocócica e vacinas disponíveis no Brasil em 2025. sbim.org.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.